



Expertise

Entwicklung der Spitalkosten im Kanton Basel-Landschaft zwischen 2012 und 2013

Stand: 21. Oktober 2014

Erstellt durch:

Michael Herzog, Partner, Healthcare Audit, KPMG AG

Stefanie Schneuwly, Senior Consultant, Healthcare Advisory, KPMG AG

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	4
2	Ausgangslage	6
2.1	Auftrag.....	6
2.2	Situation und Aufgabenstellung	6
2.3	Ziele der Expertise	6
3	Datengrundlage	7
4	Methodisches Vorgehen	8
4.1	Selektion der Institutionen.....	8
4.2	Vorgehen.....	9
5	Ergebnisse	10
5.1	Leistungsentwicklung der Baselbieter Spitäler	10
5.1.1	Kantonsspital Baselland (KSBL)	10
5.1.2	Hirslanden Klinik Birshof	14
5.2	Leistungsentwicklung der ausserkantonalen Spitäler	16
5.2.1	Solothurner Spitäler	16
5.2.2	Merian Iselin Spital.....	17
5.2.3	Bethesda Spital	19
5.2.4	St. Claraspital.....	21
5.3	Leistungsentwicklung der universitären Spitäler.....	23
5.3.1	Universitätsspital Basel (USB)	23
5.3.2	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	25
5.4	Katalogeffekt	27
5.5	Teuerste Fälle	28
5.6	Überlieger.....	29
5.7	Verteilung der Leistungsabrechnungen	30
5.8	Rechnungsabgrenzung	31
5.9	Zusammenfassung	33
6	Bewertung	37
6.1	Demographische Entwicklung in Basel-Landschaft.....	37
6.2	Abgleich mit Versorgungsbericht	38
6.2.1	Einwohnerzahl.....	38
6.2.2	Hospitalisationsrate.....	39
6.2.3	Zusammenfassung.....	40
6.3	Kantonale Vergleichsrechnung	41
6.3.1	Selektion	41

6.3.2	Vergleich des stationären und ambulanten Bereichs	42
6.3.3	Entwicklung im stationären und ambulanten Bereich	43
6.3.4	Entwicklungen der durchschnittlichen Bruttoleistung im kantonalen Vergleich	43
6.3.5	Weitere Gemeinsamkeiten	44
7	Schlussfolgerungen	45
8	Anhang	50
8.1	Generierung der Datensätze	50
8.2	Datenqualität und –konsistenz	52
8.3	Selektion der Variablen	52
	Abbildungsverzeichnis	55

1 Executive Summary

Die Ausgaben des Kantons Basel-Landschaft für Spitalaufenthalte seiner Bevölkerung haben sich zwischen 2012 und 2013 um rund 8% erhöht. Um Ursachen für diesen beachtlichen Anstieg zu finden, wurden die Leistungsdaten von acht Institutionen, welche eine massgebliche Anzahl von Baselbieter Patienten¹ behandeln und für 95% der kantonalen Gesundheitsausgaben in der Akutsomatik verantwortlich sind, ausgewertet. Dafür wurden Leistungsabrechnungen aus den Jahren 2012, 2013 und dem ersten Halbjahr 2014 berücksichtigt.

Verrechnungsabgrenzung

Als zentrales Ergebnis kann konstatiert werden, dass die Abgrenzungen per Ende 2012 durch die Leistungserbringer unkorrekt beziffert bzw. gemeldet wurden. Werden die Fälle sachgerecht nach Zeitpunkt des Ein- und Austritts zugeordnet, resultiert ohne Berücksichtigung von Überliegern ein Kostenwachstum von 2.8%. Mit Einbezug von Überliegern liegt das Kostenwachstum bei 3.3% (für die Relevanz vgl. Kapitel 5.6). Die Kostenentwicklung minimiert sich folglich gegenüber der Betrachtungsweise nach Abrechnungszeitpunkt von 8% auf durchschnittlich 3%. Fälle mit Ein- und Austritt in 2013, welche erst im ersten Halbjahr 2014 abgerechnet wurden, sind hier mit berücksichtigt. Der Wechsel zum Fallpauschalensystem anfangs 2012 hat bei den Spitälern zu einer aussergewöhnlichen Verzögerung in der Leistungsabrechnung geführt.

Treiber der Kostenentwicklung

Die Kostentwicklung von 3% nach Zuordnung der Fälle nach Zeitpunkt des Ein- und Austritts liegt gemäss Einschätzung eines Versicherungsexperten einer der grossen Schweizer Krankenversicherer im Schweizer Durchschnitt. Auf den gestiegenen Leistungsbedarf ausgewirkt hat sich zum einen das **Bevölkerungswachstum**, welches sich zwischen 2012 und 2013 auf knapp 1% belief. Des Weiteren verstärkt die **zunehmende Alterung** die Kostenentwicklung. Nach Prüfung der acht Institutionen zeichnet sich ab, dass der Anteil von Behandlungen an Patienten im Alter von über 60 Jahren gegenüber dem Versorgungsbericht Basel-Landschaft relativ hoch ist und zwischen 2012 und 2013 weiter von 53% auf 55% gestiegen ist. Ein wesentlicher Kostentreiber stellt zudem das **durchschnittliche Kostengewicht** dar, welches sich zwischen 2012 und 2013 in beinahe allen Institutionen deutlich erhöht hat. Mögliche Gründe für den Anstieg der Fallschwere liegen in der Alterung der Patienten als auch in einer durch die Erfahrung mit dem neuen System präziseren Codierung.

¹ Hinweis: Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet.

Empfehlung

Um frühzeitig Abweichungen der Spitalkosten zu erkennen, wird eine systematische Auswertung der Leistungsdaten auf Stufe der einzelnen Institutionen empfohlen. Eine Beurteilung der Daten, welche bereits unterjährig stattfindet, kann den Planungsprozess nachhaltig unterstützen. Durch die VGD Basel-Landschaft wurde der Einsatz einer elektronischen Leistungskontrolle-Lösung bereits geprüft. Die Einführung ist allerdings noch ausstehend.

Die aus der Analyse der Leistungskontrolle gezogenen Erkenntnisse sollten im Rahmen eines Controlling-Dialoges mit den wichtigsten Leistungserbringern geteilt werden. Durch die regelmässigen Gespräche mit den Leistungserbringern kann einerseits die Abgrenzungsqualität erhöht werden, andererseits können durch einen regelmässigen Austausch auch frühzeitig Auswirkungen von Leistungsverschiebungen beurteilt werden.

2 Ausgangslage

2.1 Auftrag

KPMG wurde am 14. August 2014 beauftragt, eine Expertise zu Handen der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (nachfolgend VGD Basel-Landschaft) zu erstellen. Die Arbeit erstreckte sich über den Zeitraum zwischen August und September 2014. Vorliegender Bericht wurde am 21. Oktober 2014 an die VGD Basel-Landschaft überreicht.

2.2 Situation und Aufgabenstellung

Der Kostenanteil des Kantons Basel-Landschaft für stationäre Spitalaufenthalte der Baselbieter Bevölkerung betrug im Jahr 2013 CHF 331.6 Mio. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Zunahme von 8% oder rund CHF 25.9 Mio. Dieses Kostenwachstum lag deutlich über dem Budget. Von Bedeutung ist des Weiteren die Entwicklung, dass die Beiträge an Institutionen im Kanton Basel-Landschaft von 2012 auf 2013 um ca. CHF 3.7 Mio. oder rund 2% zurückgingen, während die Finanzierungsanteile des Kantons an die ausserkantonalen Institutionen um 21% oder ca. CHF 29.6 Mio. anstiegen.

Mittels der in Auftrag gegebenen Expertise sollen die eingangs beschriebenen Entwicklungen untersucht und folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie lässt sich der Kanton Basel-Landschaft im Rahmen des Anstiegs der Spitalkosten 2012/2013 im nationalen Kontext einordnen?
- Welche Faktoren haben in 2013 zu einem Kostenanstieg des Kantonsanteils für stationäre Spitalaufenthalte von 8% gegenüber dem Vorjahr geführt? Was sind die Kostentreiber?

2.3 Ziele der Expertise

Die Expertise verfolgt das Ziel, Klarheit über die Hintergründe der Kostenentwicklung im stationären Bereich im Kanton Basel-Landschaft zu schaffen. Die Ergebnisse aus der Expertise sollen eine solide Grundlage schaffen, um die Kostenentwicklung in Zukunft mit grösserer Sicherheit zu prognostizieren und zuverlässige Finanzplanrechnungen zu erstellen.

3 Datengrundlage

Für die vorliegende Analyse wurden die medizinischen Datensätze von inner- und ausserkantonalen Institutionen, welche Baselbieter Patienten behandeln, verwendet. Die Datensätze bilden auf Einzelfallebene alle medizinischen Leistungen und die damit verbundenen Finanzierungsanteile des Kantons ab, welche für die Baselbieter Bevölkerung erbracht, beziehungsweise geleistet wurden. Die Datensätze werden auf monatlicher, viertel- oder halbjährlicher Basis der VGD Basel-Landschaft übermittelt. Der Betrachtungszeitraum beschränkt sich auf die Jahre 2012 und 2013. Nach ersten Analysen wurde die Erkenntnis erlangt, dass die Abgrenzungsproblematik bedeutsam ist. Für eine fundierte Aussagekraft wurde deshalb gemeinsam mit der VGD Basel-Landschaft entschieden, als Ergänzung das erste Halbjahr 2014 in die Analyse mit einzubeziehen.

Im Fokus der Analyse steht die Akutsomatik. Nicht behandelt wurden die Entwicklungen im ambulanten Bereich als auch in der Psychiatrie. An den Gesundheitskosten von ambulanten Behandlungen ist der Kanton nicht beteiligt und somit ist dieser Bereich für die dieser Analyse zugrunde liegenden Fragestellung irrelevant. In der Psychiatrie besteht die Wahrnehmung der VGD Basel-Landschaft, dass die Kostensteigerung zwischen 2012 und 2013 geordnet verlief und folglich eine detaillierte Analyse wenig zweckmässig ist. Das Gleiche gilt für die Rehabilitation, weshalb auch dieser Bereich nur dann einer Analyse unterzogen wurde, wenn das Leistungsspektrum einer Institution neben der Akutsomatik auch die Rehabilitation umfasste. Dies betrifft das Kantonsspital Baselland und das Bethesda Spital.

Es soll an dieser Stelle hingewiesen werden, dass bei der Kostenbetrachtung nie die Sicht der Institutionen eingenommen wird. Das heisst, es findet keine Evaluation der Kosten innerhalb einer Institution statt. Die vorliegende Expertise beschränkt sich auf die Prüfung der Leistungsentwicklungen zulasten des Kantons. Die Begriffe Finanzierungsanteil des Kantons, Kantonsanteil, Leistungsabrechnungen und Behandlungskosten sind nachfolgend gleichgestellt.

Um den Kanton Basel-Landschaft im Rahmen eines schweizweiten Benchmarks einzuordnen, wurden öffentliche Statistiken abgerufen.

Weitere Ausführungen zur Generierung der Datensätze auf Stufe der Institutionen und zur Datenqualität und –konsistenz finden sich im Anhang.

4 Methodisches Vorgehen

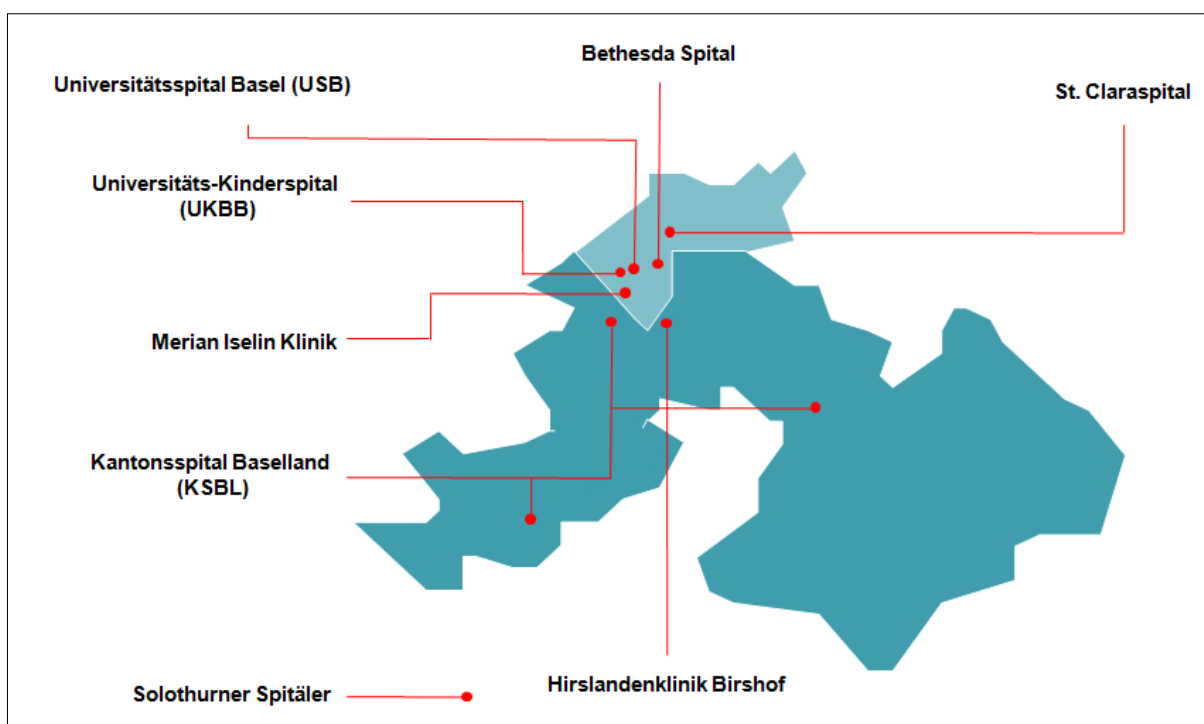
4.1 Selektion der Institutionen

Die Auswertung der Leistungsentwicklung aller Institutionen, welche Baselbieter Patienten behandeln, wäre aufgrund der Zielsetzung nicht sinnvoll gewesen. Es hätten Daten von über 26 Institutionen aufbereitet und ausgewertet werden müssen. Entsprechend musste eine Auswahl getroffen werden. Diese wurde in Absprache mit der VGD Basel-Landschaft vorgenommen. Der Einbezug von Institutionen in die Analyse erfolgte nach folgenden zwei Kriterien:

- 1) Der Finanzierungsanteil des Kantons an der Institution ist hoch. Es resultieren eine hohe Fallzahl und/oder ein hoher Casemix von Baselbieter Patienten.
- 2) Von der Institution geht zwischen 2012 und 2013 ein vergleichsweise starkes Wachstum der Rechnungssumme zulasten des Kantons Basel-Landschaft aus.

Die Auswahl der für die Analyse relevanten Institutionen ist im Folgenden dargestellt:

Abbildung 1: Auswahl der Institutionen für die Analyse



Insgesamt wurden acht Institutionen in der Akutsomatik evaluiert. Neben dem akutsomatischen Angebot des KSBL und des Bethesda Spitals wurden bei diesen Institutionen auch die Entwicklungen in der Rehabilitation geprüft.

Wie **Abbildung 1** aufzeigt, wurden vornehmlich ausserkantonale und insbesondere baselstädtische Institutionen geprüft. Dies liegt darin begründet, dass sich die Ausgaben des Kantons

für medizinische Leistungen in der Akutsomatik innerkantonale primär auf das KSBL beschränken. Die weiteren sich auf der Baselbieter Spitalliste befindenden innerkantonalen Institutionen sind verhältnismässig klein. Gesamthaft betrachtet stellt das KSBL mit einer in 2013 gestellten Rechnung von CHF 122 Mio. (ohne Abrechnung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen) für den Kanton Basel-Landschaft den grössten Kostenblock dar. Gleichzeitig hat das KSBL im Vergleich zum Vorjahr Baselbieter Patienten verloren. Entsprechend gross war zwischen 2012 und 2013 der Zustrom von Baselbieter Patienten in ausserkantonale Institutionen. Baselbieter Patienten gingen nach dem KSBL für Behandlungen am häufigsten in die Kantone Basel-Stadt und Solothurn.

Die acht Institutionen verrechneten in 2013 gegen 95% aller Spitalaufenthaltskosten in der Akutsomatik.² Der Abdeckungsgrad durch die Auswahl der genannten Institutionen ist entsprechend gross.

Detaillierte Ausführungen zur Selektion der für die Analyse wesentlichen Variablen finden sich im Anhang.

4.2 Vorgehen

Das Vorgehen in der vorliegenden Evaluation basiert auf einem Bottom-up Ansatz. Die Analysetätigkeit fokussiert sich zuerst auf einzelne Institutionen. Erst in einem späteren Schritt finden aggregierte Bewertungen statt.

Das Vorgehen im Rahmen der Datenaufbereitung ist in **Abbildung 43** dargestellt. Für alle Institutionen wurden die Summe der dem Kanton in Rechnung gestellten Behandlungskosten (Finanzierungsanteil des Kantons) und die abgerechnete Fallzahl berechnet. Des Weiteren wurden das durchschnittliche Kostengewicht, die durchschnittlichen Behandlungskosten (nur Kantonsanteil) und die durchschnittlich abgerechnete Baserate kalkuliert. Die Auswertungen wurden auf Stufe 1 (Zuordnung zu jeweiligem Abrechnungsjahr) und auf Stufe 3 (Zuordnung gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts) durchgeführt. Im Anschluss fand eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Stufe 1 und Stufe 3 statt. Abhängig von den Resultaten wurden pro Institution weitere spezifischere Auswertungen durchgeführt.

Um Erkenntnisse über die gesamthafte Entwicklung innerhalb des Kantons Basel-Landschaft zu erlangen, wurden die institutionsbezogenen Daten auf Stufe 3 miteinander verknüpft und anschliessend bewertet.

² Ohne Psychiatrie und ohne Rehabilitation mit Ausnahme des rehabilitativen Angebots des KSBL und des Bethesda Spitals.

Die Entwicklungen wurden anhand des Wachstums der Wohnbevölkerung, anhand der Prognosen des Versorgungsberichts und anhand eines interkantonalen Vergleichs beurteilt.

5 Ergebnisse

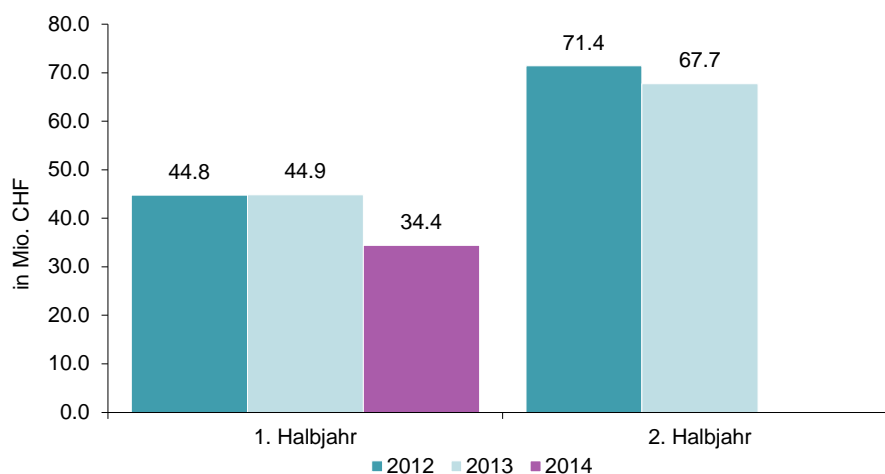
Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Analysetätigkeit vertieft behandelt. Die Darstellung der Ergebnisse auf Stufe der einzelnen Institutionen gliedert sich nach Standort (Baselbieter Spitäler, vgl. 5.1.; Ausserkantonale Spitäler, vgl. 5.2.) als auch nach Typologie (Universitäre Spitäler, vgl. 5.3.). Für jede Institution werden jeweils die Kernelemente herausgegriffen.

5.1 Leistungsentwicklung der Baselbieter Spitäler

5.1.1 Kantonsspital Baselland (KSBL)

Das KSBL behandelt mit seinen drei Standorten Bruderholz, Laufen und Liestal den grössten Anteil von Baselbieter Patienten. Insgesamt wurden in der Akutsomatik in 2012 Leistungen in der Höhe von CHF 116.2 Mio. abgerechnet. In 2013 betrug die Summe CHF 112.6 Mio., was einhergeht mit einer Reduktion von CHF 3.6 Mio. oder 3%. In der gleichen Zeitperiode sank die Fallzahl sogar um 7%. Im ersten Halbjahr 2014 wurden CHF 34 Mio. in Rechnung gestellt, was einem Rückgang des kantonalen Finanzierungsanteils zum Vor-Halbjahr von 23% entspricht. Wie in **Abbildung 2** dargestellt, wurden im zweiten Halbjahr jeweils deutlich mehr Leistungen verrechnet als im ersten Halbjahr.

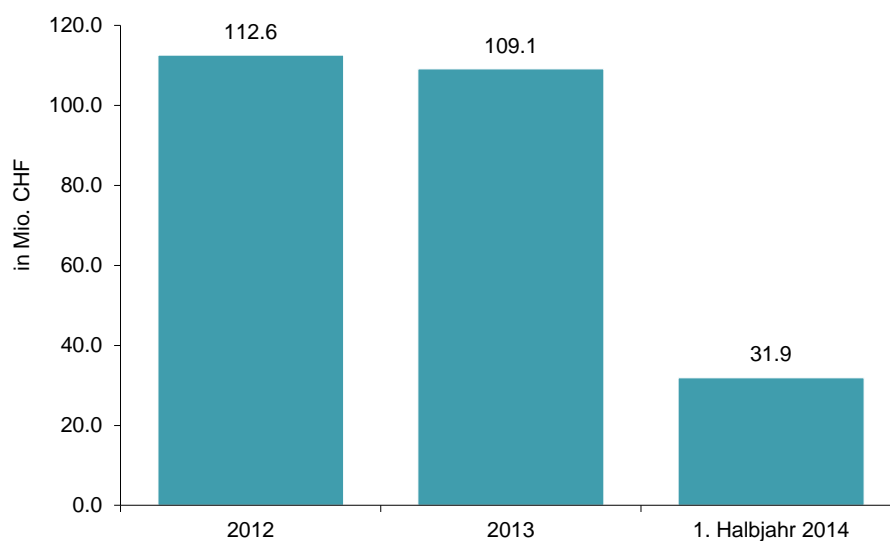
Abbildung 2: Finanzierungsanteil des Kantons am KSBL für die Akutsomatik



Der grösste Teil der Patienten wird im Spital am Standort Liestal behandelt, gefolgt vom Bruderholz. Entsprechend waren in 2013 53% der Leistungsabrechnungen auf Liestal zurückzuführen und 41% auf Bruderholz. Der Standort Laufen ist verhältnismässig klein mit 5% Kosten- und 6% Patientenanteil.

Bei genauerer Fallbetrachtung innerhalb des Abrechnungsjahres 2013 fällt auf, dass 3% der mit der Abrechnung verbundenen Leistungen aus dem Vorjahr stammen. Werden die Fälle, welche zwischen 2012 und dem ersten Halbjahr 2014 abgerechnet wurden, nach Zeitpunkt des Ein- und Austritts abgegrenzt, resultiert zwischen 2012 und 2013 ein Rückgang des kantonalen Finanzierungsanteils von 3% von CHF 112.6 Mio. auf CHF 109.1 Mio. (vgl. **Abbildung 3**). Überlieger bleiben dabei unberücksichtigt. Gegenüber der Berechnung nach Abrechnungszeitpunkt gibt es keine Verschiebung.

Abbildung 3: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - KSBL Akutsomatik



Der Rückgang des Finanzierungsanteils des Kantons um 3% ist auf die Reduktion der Fallzahlen zurückzuführen. Diese sind zwischen 2012 und 2013 sogar um -8% von 21'894 Fälle auf 20'164 Fälle zurückgegangen. Das durchschnittliche Kostengewicht stieg um 1% an (von 0.958 in 2012 auf 0.968 in 2013), was folglich einen Anstieg der Durchschnittskosten pro Fall auslöste. Bei gleichen sonstigen Bedingungen schlägt sich der Anstieg des durchschnittlichen Kostengewichts mit CHF 2.3 Mio. auf die Gesamtkosten nieder.³ Anhand der Verteilung des Kostengewichts fällt auf, dass das Kostengewicht grundsätzlich über alle Fälle angestiegen

³ 21'893 Fälle × (0.96793-0.95761)CW × CHF 10'129 (entspricht 100%)

ist. **Abbildung 4** gibt die Quantile wieder, welche die Anteile der Fälle mit bestimmten Schwellenwerten des Kostengewichts messen. Wiesen beispielsweise in 2012 ein Viertel aller Fälle ein Kostengewicht von höher als 0.495 auf, lag der Wert in 2013 für 25% aller Fälle bei über 0.501 (+0.006).

Abbildung 4: Verteilung der Kostengewichte – KSBL

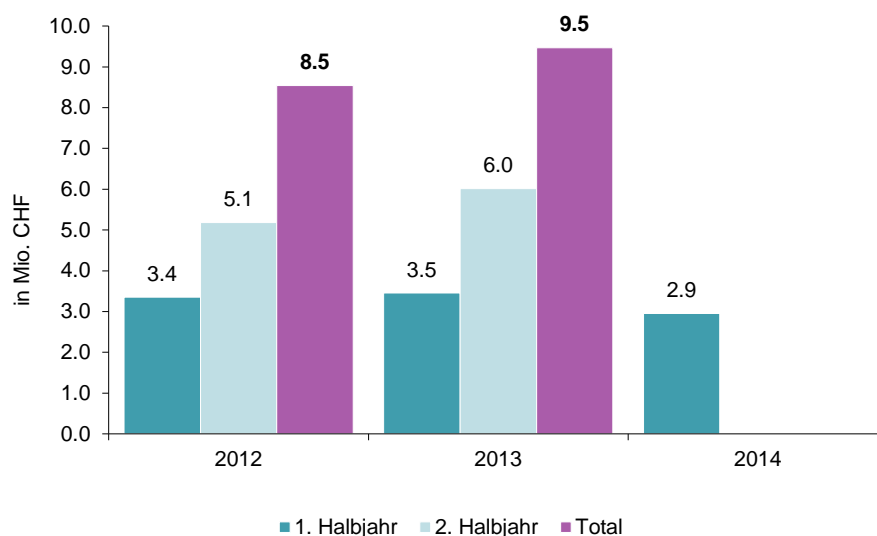
Verteilung	2012	2013
Tiefstes Kostengewicht über alle Fälle	0.083	0.101
Maximales Kostengewicht für unteres Viertel der Fälle	0.495	0.501
Maximales Kostengewicht für Hälfte der Fälle	0.719	0.714
Tiefstes Kostengewicht für oberes Viertel der Fälle	1.041	1.064
Höchstes Kostengewicht über alle Fälle	43.618	41.829
Durchschnittliches Kostengewicht	0.958	0.968

Die Erhöhung der Durchschnittskosten pro Fall um 5% (von CHF 5'143 auf CHF 5'411) können allerdings nicht alleine durch den Schweregradanstieg erklärt werden. Die Entwicklung wurde ebenfalls von der neuen Unfallfinanzierungsregelung, welche seit anfangs 2013 gilt, beeinflusst. In 2012 lag die Kostenbeteiligung des Kantons bei 7% der Fälle (insgesamt 1'438 Fällen) aufgrund des Unfallstatus bei 10% statt den 55% unter KVG. Seit 2013 sind nun aber die gesamten Behandlungskosten über die Unfallversicherung gedeckt, sofern der Patient im Arbeitsverhältnis steht. Als Konsequenz daraus wurden in 2013 gerade einmal 28 Fälle mit einer Kostenbeteiligung von 20% abgerechnet, während bei 20'136 Fällen eine Kostenbeteiligung von 55% zur Anwendung kam. Der Finanzierungsanteil des Kantons ist somit im Durchschnitt zwischen 2012 und 2013 gestiegen. Die Veränderungen im Rahmen der Finanzierungsregelung veranschaulichen des Weiteren, dass unter reiner Berücksichtigung von KVG-Fällen ein Fallwachstum zwischen 2012 und 2013 von -2% statt -8% resultiert. Die Durchschnittskosten pro Fall beeinflusst haben letztlich auch einen Anstieg von verrechneten Zusatzentgelten als auch eine moderate Erhöhung der durchschnittlich abgerechneten Baserate (von CHF 10'129 in 2012 auf CHF 10'138 in 2013).

Rehabilitation

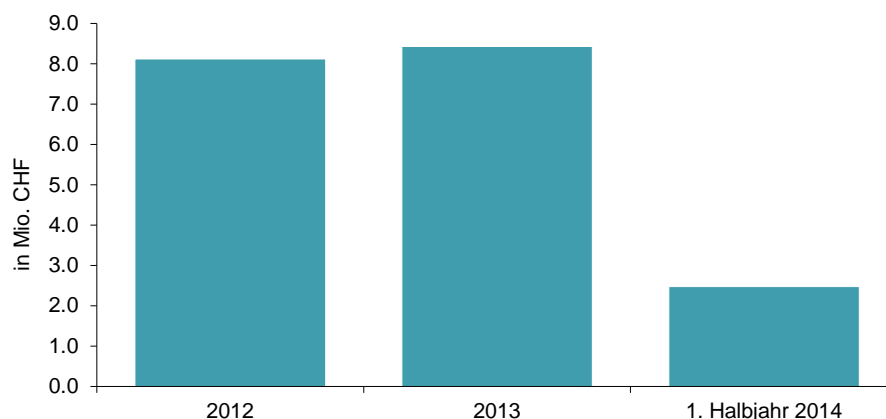
Rehabilitative Leistungen bietet das KSBL am Standort Bruderholz und Laufen an. Während in 2012 insgesamt CHF 8.5 Mio. zulasten des Kantons Basel-Landschaft abgerechnet wurden, waren es in 2013 CHF 9.5 Mio. (vgl. **Abbildung 5**). Zusammen verzeichneten die Standorte ein Wachstum der Abrechnungen von 11%. 95% der rehabilitativen Leistungen wurden in 2013 am Standort Bruderholz erbracht.

Abbildung 5: Finanzierungsanteil des Kantons am KSBL für die Rehabilitation



Bei näherer Betrachtung des Abrechnungsjahres 2013 fällt auf, dass rund 9% der abgerechneten Leistungen aus dem Vorjahr stammen. Werden die Fälle gemäss Zeitpunkt des Ein- und Austritts abgegrenzt, resultiert zwischen 2012 und 2013 ein Kostenanstieg von 4% (vgl. **Abbildung 6**). Das Kostenwachstum vermindert sich somit um 7 Prozentpunkte gegenüber der Betrachtung nach Abrechnungszeitpunkt. Das Kostenwachstum ist primär auf eine Erhöhung der Fallzahlen um rund 17% zurückzuführen. In 2013 wurden zusammen an beiden Standorten knapp 1'000 Fälle behandelt, in 2012 waren es 850. Die Durchschnittskosten pro Fall sind um 11% zurückgegangen, was durch eine Verkürzung der durchschnittliche Verweildauer herbeigeführt wurde. Diese ist zwischen 2012 und 2013 von 24 Tage auf 22 Tage gesunken.

Abbildung 6: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - KSBL Rehabilitation



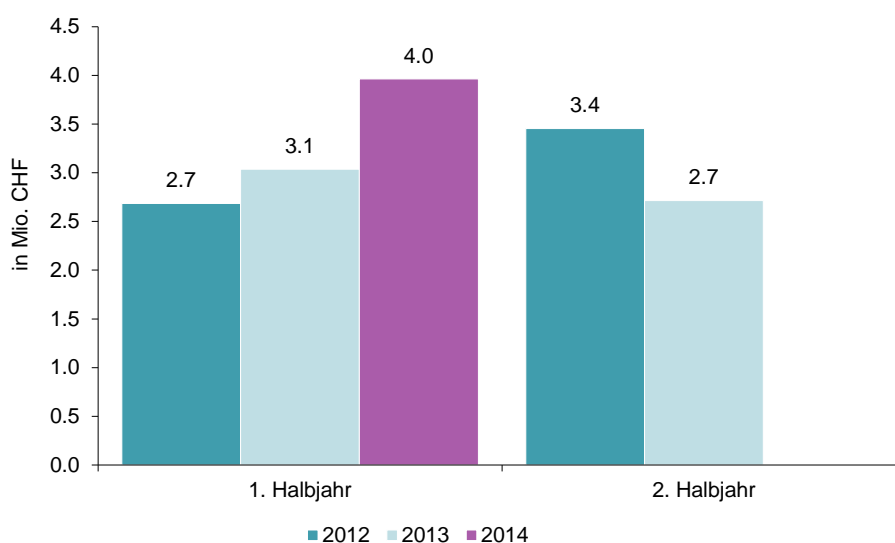
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Teil des Rückgangs der Behandlungen und entsprechend auch der Leistungsverrechnung in der Akutsomatik durch einen entgegengesetzten Trend in der Rehabilitation kompensiert werden konnte. Wie lässt sich der Anstieg der Fallzahlen in der Rehabilitation erklären, während gleichzeitig die Akutsomatik an Patienten eingebüsst hat?

Die gegebene Entwicklung kann auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein. Die Nachfrage nach rehabilitativen Leistungen kann prinzipiell in der Bevölkerung gestiegen sein, wovon auch das KSBL profitiert. Möglich ist auch, dass das KSBL in der Rehabilitation ihr Zuweisermanagement optimiert hat und entsprechend eine höhere Auslastung erreichen konnte. Der Leistungsanstieg kann auch darin begründet liegen, dass das KSBL vermehrt Patienten von der Akutsomatik in die eigene Rehabilitation zugewiesen hat anstatt einer Überweisung an dritte Anbieter.

5.1.2 Hirslanden Klinik Birshof

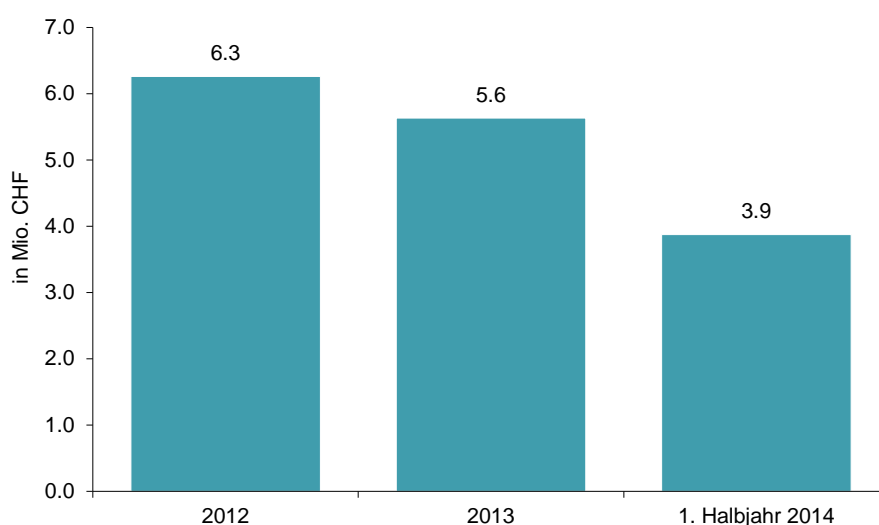
Die Hirslanden Klinik Birshof rechnete in 2012 CHF 6.1 Mio. mit dem Kanton ab. Während im ersten Halbjahr 2013 die Abrechnungen gegenüber dem Vorjahr anstiegen, lagen sie im zweiten Halbjahr deutlich unter den Vorjahreswerten (vgl. **Abbildung 7**). Mit CHF 5.8 Mio. waren die Leistungsverrechnungen in 2013 insgesamt um 6% rückläufig. Dies wurde primär durch eine Fallzahlreduktion von 12% herbeigeführt. Im ersten Halbjahr 2014 verzeichnete die Klinik Birshof entgegen der Entwicklung in 2013 eine Steigerung der Leistungsabrechnung um 30% gegenüber der Vorjahresperiode.

Abbildung 7: Finanzierungsanteil des Kantons an der Hirslanden Klinik Birshof



Nach Abgrenzung der Fallzahlen nach Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts verstärkt sich die Kostenreduktion weiter auf -11% (vgl. **Abbildung 8**). Die Zahl der Behandlungen sank zwischen 2012 und 2013 sogar um 17% von 1'246 auf 1'033. Von CHF 9'700 auf CHF 9'692 ebenfalls moderat gesunken ist die durchschnittlich verrechnete Baserate. Demgegenüber erhöhte sich in 2013 das durchschnittliche Kostengewicht um 1% auf 1.033. Unter sonst gleichen Bedingungen führte der Schweregradanstieg einen Kostenanstieg von TCHF 150 herbei.⁴

Abbildung 8: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern – Hirslanden Klinik Birshof



Die durchschnittlichen Fallkosten stiegen in 2013 um 9% auf CHF 5'476. Dieses Wachstum von 9% liegt weit über dem Schweregradanstieg. Werden anstelle des Kantonsanteils die Gesamtkosten (CW × Baserate) betrachtet, liegt der Anstieg der durchschnittlichen Fallkosten bei 1%, was genau dem Wachstum des durchschnittlichen Kostengewichts entspricht. Eine Analyse der Kostenbeteiligung des Kantons an den einzelnen Fallkosten zeigt, dass sich diese zwischen 2012 und 2013 stark verändert hat. Während in 2012 die kantonale Kostenbeteiligung für rund 152 Fälle (Anteil von 12%) aufgrund des Unfallstatus bei 10% anstelle der üblichen 55% lag, waren es in 2013 nur 5 Fälle, bei welchen die Kostenbeteiligung tiefer als 55% lag. Der Anteil von Fällen mit Unfallstatus lag somit in 2013 bei 1%. Läge die Betrachtungsweise nur auf KVG-Fällen, würde lediglich eine Reduktion der Fallzahlen von -6% resultieren (statt -17%). Der Rückgang der Behandlungen war somit auch wesentlich geprägt von der neuen Finanzierungsregelung unter UVG.

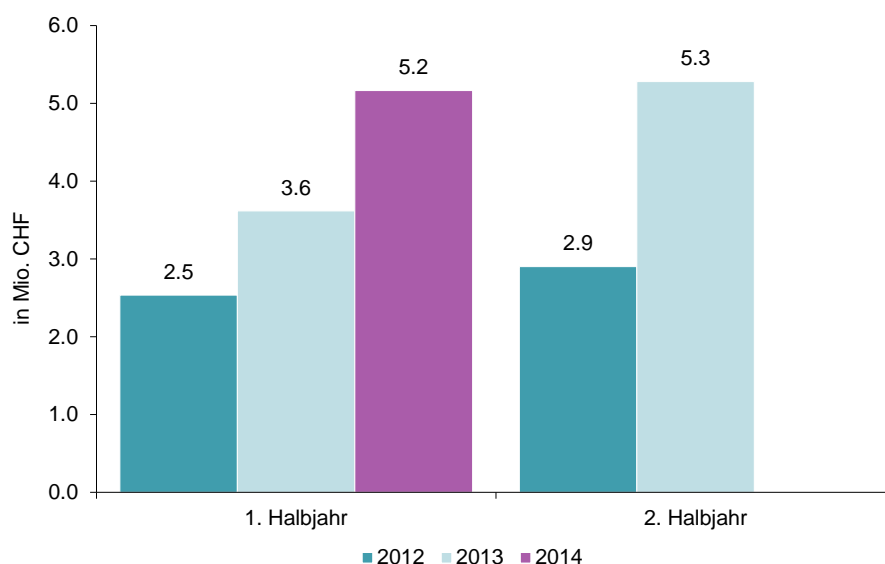
⁴ 1'246 Fälle × (1.03259-1.02014)CW × CHF 9'700 (entspricht 100%)

5.2 Leistungsentwicklung der ausserkantonalen Spitäler

5.2.1 Solothurner Spitäler

Die Solothurner Spitäler mit Standort in Solothurn, Olten und Dornach stellten 2012 dem Kanton CHF 5.4 Mio. in Rechnung. Die verrechneten Leistungen stiegen im Folgejahr um 64% auf CHF 8.9 Mio. an. Insbesondere im zweiten Halbjahr wuchsen die Leistungsabrechnungen stark (vgl. **Abbildung 9**). Von der Gesamtsumme in 2013 sind 40% auf das erste und 60% auf das zweite Halbjahr zurückzuführen. Im ersten Halbjahr 2014 macht sich erneut eine Steigerung der Leistungsabrechnung bemerkbar. Gegenüber der Vorjahresperiode verzeichnet das erste Halbjahr 2014 ein Zuwachs von 44%.

Abbildung 9: Finanzierungsanteil des Kantons an den Solothurner Spitäler



Nach Zuordnung der Fälle gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und -austritts reduziert sich das Kostenwachstum von 64% auf 21% (vgl. **Abbildung 10**). Das Kostenwachstum ist auf einen Anstieg der Fallzahlen (+17%) als auch auf einen Zuwachs des durchschnittlichen Kostengewichts (+6%) zurückzuführen. In 2012 wurden 1'471 Baselbieter Patienten mit einem durchschnittlichen Kostengewicht von 0.834 behandelt. In 2013 stieg die Patientenzahl auf 1'721 und auf ein durchschnittliches Kostengewicht von 0.880. Diese Verschiebung erhöhte unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Baserate aus 2012 die Leistungsabrechnung um CHF 2.9 Mio. Die Verteilung der Kostengewichte zeigt, dass grundsätzlich ein Anstieg über alle Fälle stattgefunden hat (vgl. **Abbildung 11**). Die abgerechnete Baserate ist von CHF 9'890 in 2012 auf CHF 9'750 in 2013 leicht gesunken und hat so die Kantonsanteile moderat reduziert.

Abbildung 10: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Solothurner Spitäler

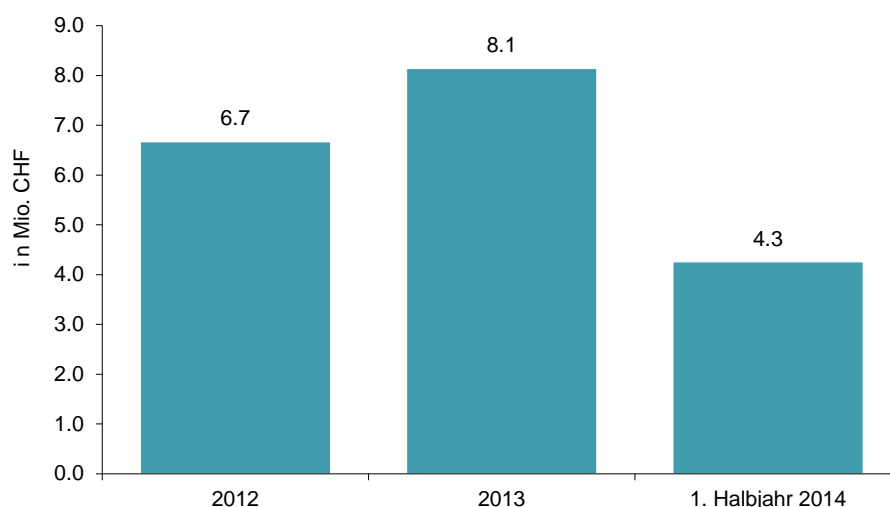


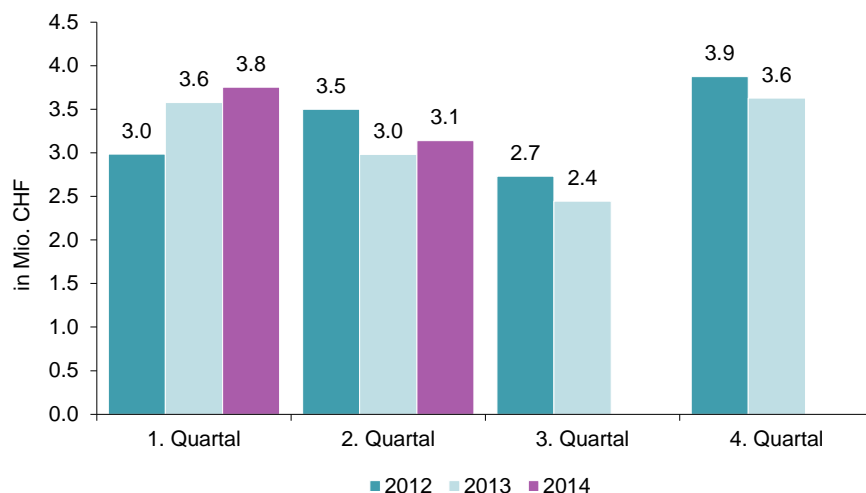
Abbildung 11: Verteilung der Kostengewichte - Solothurner Spitäler

Verteilung	2012	2013
Tiefstes Kostengewicht über alle Fälle	0.111	0.134
Maximales Kostengewicht für unteres Viertel der Fälle	0.518	0.533
Maximales Kostengewicht für Hälfte der Fälle	0.694	0.669
Tiefstes Kostengewicht für oberes Viertel der Fälle	0.934	0.984
Höchstes Kostengewicht über alle Fälle	6.400	12.616
Durchschnittliches Kostengewicht	0.834	0.880

5.2.2 Merian Iselin Spital

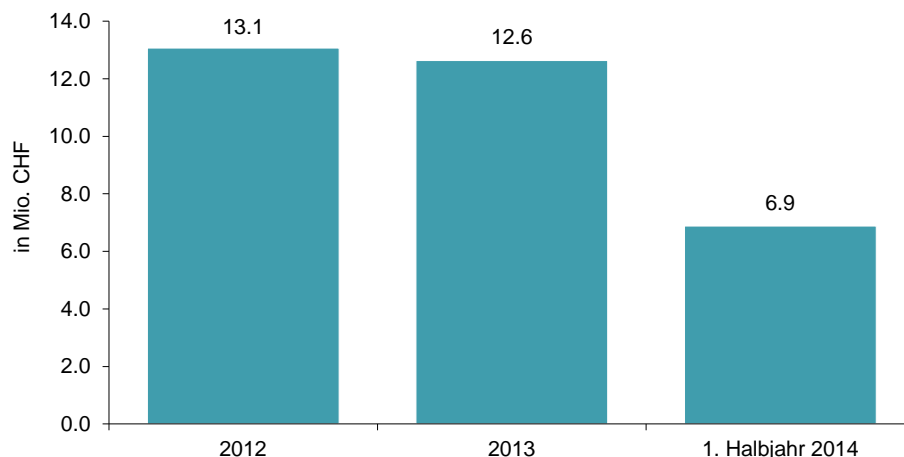
Das Merian Iselin Spital hat in 2012 CHF 13.1 Mio. zulasten des Kantons Basel-Landschaft abgerechnet (vgl. **Abbildung 12**). In 2013 wurde der Kanton mit CHF 12.6 Mio. um 4% weniger belastet. Die Rückgänge setzten ab dem zweiten Quartal des Jahres 2013 ein. Das erste Quartal 2013 verzeichnete noch ein Wachstum von 20% gegenüber der Vorjahresperiode. Im ersten Halbjahr 2014 stiegen die Leistungsverrechnungen mit CHF 6.9 Mio. um 5% gegenüber der Vorjahresperiode an.

Abbildung 12: Finanzierungsanteil des Kantons am Merian Iselin Spital



Nach Abgrenzung der Fälle gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts findet lediglich eine geringe Kostenverschiebung im Vergleich zur Betrachtungsweise nach Abrechnungszeitpunkt statt (vgl. **Abbildung 13**). Die Kosten liegen statt 4% nur um 3% unter dem Vorjahresniveau. Die sinkenden Leistungsabrechnungen sind auf eine geringfügig tiefere Fallzahlentwicklung (-1% gegenüber dem Vorjahr) zurückzuführen. Möglich ist, dass in 2013 vermehrt Patienten aus anderen Kantonen versorgt wurden, wobei der Anteil von Baselbieter Patienten gesunken ist. Das Jahr 2013 war zudem geprägt von einem tieferen durchschnittlichen Kostengewicht (-3% gegenüber dem Vorjahr). Der Effekt aus einer sinkenden Fallzahl und einem tieferen Kostengewicht lässt sich mit TCHF 730 quantifizieren. Des Weiteren hat zwischen 2012 und 2014 die abgerechnete Baserate graduell abgenommen. Während in 2012 ein Tarif von durchschnittlich CHF 10'012 Anwendung fand, betrug dieser in 2014 CHF 9'885.

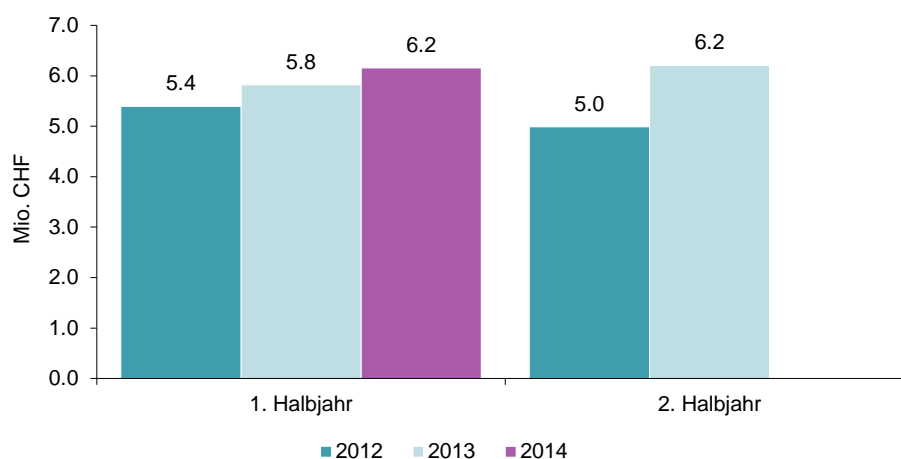
Abbildung 13: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Merian Iselin Spital



5.2.3 Bethesda Spital

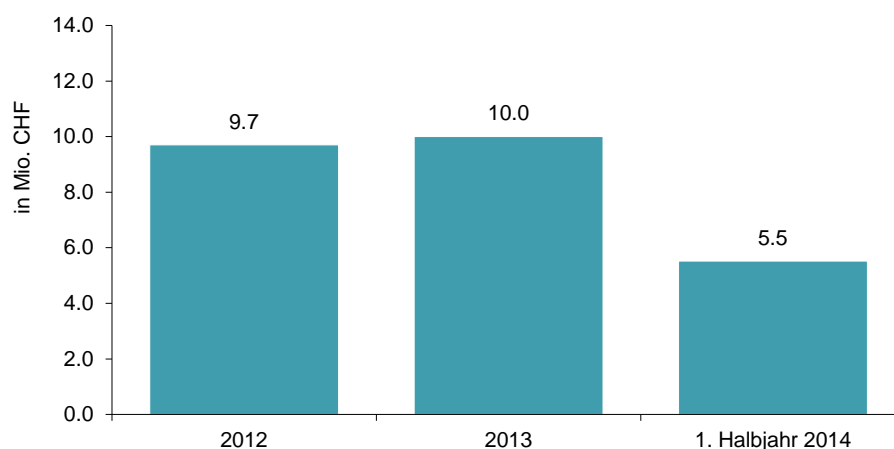
Das Bethesda Spital behandelt Baselbieter Patienten sowohl in der Akutsomatik als auch in der Rehabilitation. Über beide Bereiche zusammengefasst wurden dem Kanton Basel-Landschaft in 2013 16% mehr Leistungen als im Vorjahr verrechnet. Dies entspricht einem Anstieg von CHF 10.4 Mio. in 2012 auf CHF 12.0 Mio. in 2013 (vgl. **Abbildung 14**). Im ersten Halbjahr 2014 stiegen die Leistungsabrechnungen mit CHF 6.2 Mio. um weitere 6% gegenüber der Vorjahresperiode. 11% der Kosten oder CHF 1.4 Mio. entstanden in 2013 in der Rehabilitation. In 2012 lag der Anteil leicht höher bei 12%. Werden die Bereiche einzeln betrachtet, wird deutlich, dass das Kostenwachstum primär in der Akutsomatik begründet liegt. Die Akutsomatik verzeichnete in 2013 ein bedeutendes Kostenwachstum von 17% gegenüber dem Vorjahr (von CHF 9.2 Mio. auf CHF 10.7 Mio.). In der Rehabilitation lag das Kostenwachstum zwischen 2012 und 2013 bei TCHF 132 oder 11%.

Abbildung 14: Finanzierungsanteil des Kantons am Bethesda Spital (Akutsomatik und Rehabilitation)



Unter Berücksichtigung des Zeitpunkts des Falleintritts und -austritts verändert sich das Bild stark (siehe **Abbildung 15**): Das Kostenwachstum in der Akutsomatik sinkt von 17% auf 3%.

Abbildung 15: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Bethesda Spital für die Akutsomatik



Zurückzuführen ist der Kostenanstieg hauptsächlich auf eine gestiegene Anzahl von Behandlungen als auch auf eine Erhöhung des durchschnittlichen Kostengewichts. In 2013 wurden rund 2'594 Fälle behandelt, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr von 2% entspricht. Des Weiteren stieg das durchschnittliche Kostengewicht um 3% (von 0.708 auf 0.726). Wie in **Abbildung 16** verdeutlicht, ist der Schweregradanstieg über alle behandelten Fälle verteilt.

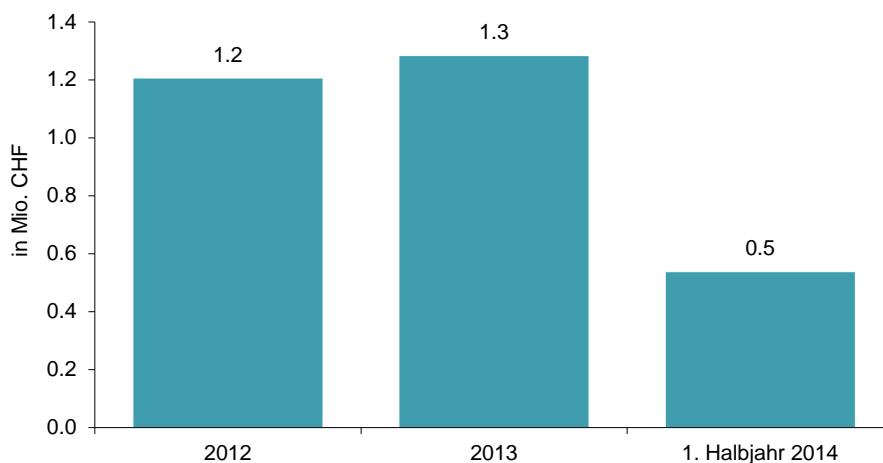
Abbildung 16: Verteilung der Kostengewichte - Bethesda Spital

Verteilung	2012	2013
Tiefstes Kostengewicht über alle Fälle	0.111	0.101
Maximales Kostengewicht für unteres Viertel der Fälle	0.324	0.370
Maximales Kostengewicht für Hälfte der Fälle	0.611	0.640
Tiefstes Kostengewicht für oberes Viertel der Fälle	0.960	0.990
Höchstes Kostengewicht über alle Fälle	4.641	4.073
Durchschnittliches Kostengewicht	0.708	0.726

Die Rehabilitation verzeichnet nach Abgrenzung gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts zwischen 2012 und 2013 ein Kostenwachstum von 6% (vgl. **Abbildung 17**). Gegenüber der Betrachtung nach Abrechnungszeitpunkt liegt die Kostenentwicklung somit rund 4 Prozentpunkte tiefer. Die Fallzahl war in 2013 stark rückläufig (-14% gegenüber dem Vorjahr). Umgekehrt zeigt sich, dass zwischen 2012 und 2013 die Durchschnittskosten um 23% von CHF 5'540 auf CHF 6'815 angestiegen sind. Diese Entwicklung liegt primär in einem starken Anstieg der Verweildauer begründet. In 2012 verweilte ein Patient im Durchschnitt 16 Tage in der Rehabilitation. In 2013 waren es 20 Tage, was einem Wachstum von 20% gleichkommt.

Der Pflergetagesatz⁵, welcher sich neben der Verweildauer direkt auf die Fallkosten auswirkt, blieb zwischen 2012 und 2013 mit CHF 341 stabil.

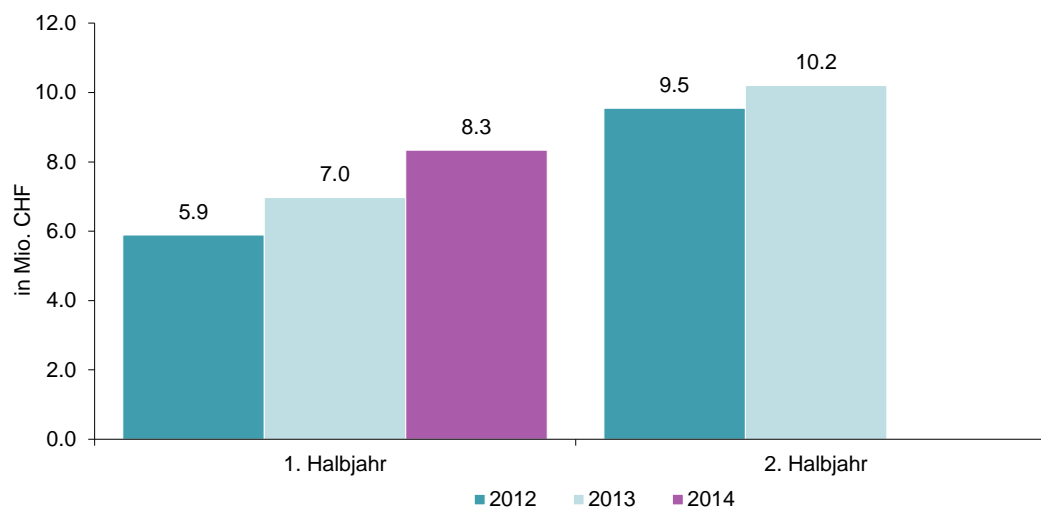
Abbildung 17: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Bethesda Spital für die Rehabilitation



5.2.4 St. Claraspital

Das St. Claraspital erhält nach dem KSBL und dem USB den grössten Zulauf von Baselbieter Patienten. In 2012 wurden Leistungen in der Höhe von CHF 15.4 Mio. verrechnet. Das Jahr 2013 war mit Abrechnungen in der Höhe von CHF 17.1 Mio. durch eine Kostensteigerung von 11% geprägt. Das erste Halbjahr 2014 erfuhr erneut einen Zuwachs. Gegenüber der Vorjahresperiode stiegen die Kantonsanteile um 20%. Wie in **Abbildung 18** ersichtlich, werden jeweils im zweiten Halbjahr deutlich mehr Leistungen verrechnet als im ersten Halbjahr.

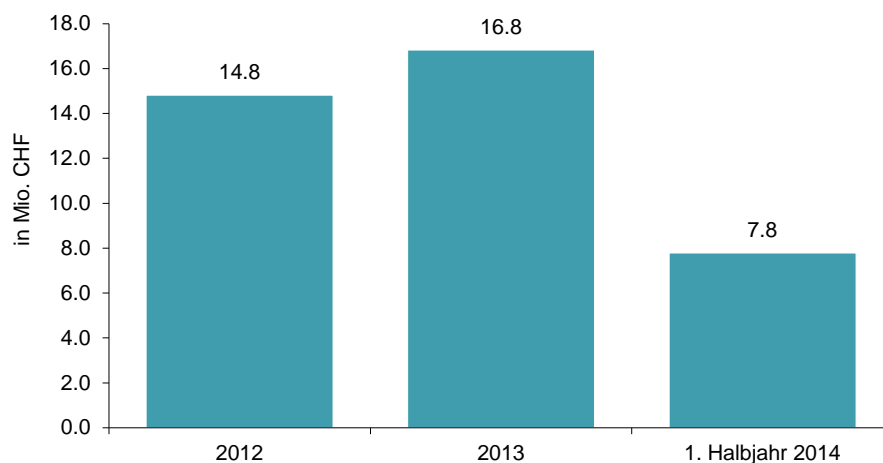
⁵ Der Pflergetagesatz entspricht dem Tarif, welcher der Kanton zu leisten hat.

Abbildung 18: Finanzierungsanteil des Kantons am St. Claraspital

Nach Berücksichtigung der Abgrenzung gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts beträgt der Kostenanstieg zwischen 2012 und 2013 14% und liegt somit drei Prozentpunkte höher als unter der Betrachtung nach Verrechnungszeitpunkt (vgl. **Abbildung 19**). Das Kostenwachstum zwischen 2012 und 2013 ist primär auf einen Anstieg der Fallzahlen zurückzuführen. Das Jahr 2013 verzeichnete einen markanten Anstieg der Fallzahlen von 15% gegenüber dem Vorjahr. Des Weiteren hat sich das durchschnittliche Kostengewicht geringfügig nach oben entwickelt. In 2013 resultierte ein durchschnittliches Kostengewicht von 1.068, in 2012 lag es noch bei 1.067.

In 2012 wurde durchschnittlich eine höhere Baserate verrechnet als in 2013. Hier sei jedoch angemerkt, dass in 2014 Rückerstattungen aufgrund der Differenz der in 2012 und 2013 verrechneten und der in 2014 effektiv genehmigten Baserate stattfanden. Für 2012 wurden TCHF 382 rückerstattet, für 2013 TCHF 118, was einer Summe von TCHF 500 entspricht. Insgesamt lässt sich keine eindeutige Aussage mehr treffen, wie sich die Durchschnittskosten pro Fall zwischen 2012 und 2013 entwickelt haben. Ohne Berücksichtigung der DRG-Rückabwicklung verzeichnet das Jahr 2013 1% tiefere Durchschnittskosten pro Fall.

Abbildung 19: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern – St. Claraspital

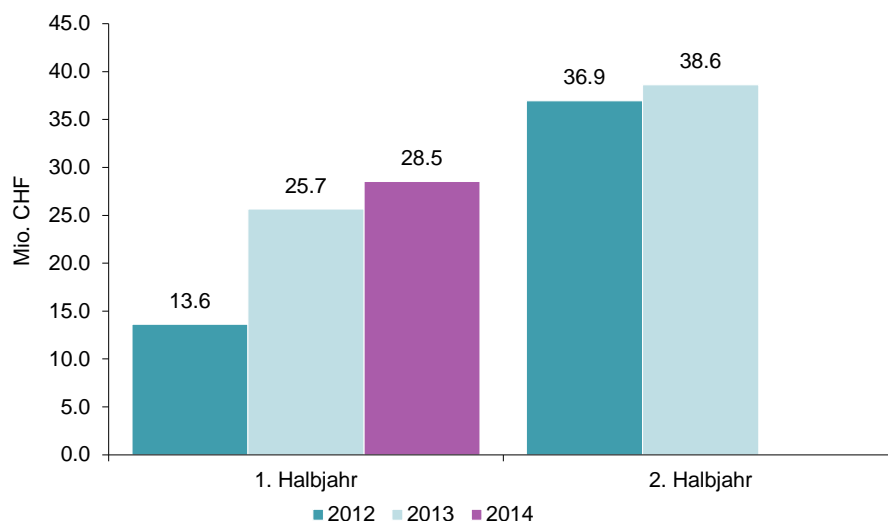


5.3 Leistungsentwicklung der universitären Spitäler

5.3.1 Universitätsspital Basel (USB)

Im USB werden, gemessen am Finanzierungsanteil des Kantons Basel-Landschaft, nach dem KSBL am meisten medizinische Leistungen für Baselbieter Patienten erbracht. In 2013 rechnete das USB Leistungen zulasten des Kantons Basel-Landschaft in der Höhe von CHF 64.3 Mio. ab. In 2012 waren es noch CHF 50.6 Mio. Das Kostenwachstum beträgt somit rund 27%. Im ersten Halbjahr 2014 wurden dem Kanton CHF 28.5 Mio. in Rechnung gestellt. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber der Vorjahresperiode um 11%. Wie in **Abbildung 20** dargestellt, erreichen die Abrechnungen aus dem zweiten Halbjahr eine deutlich höhere Summe als diejenigen aus dem ersten Halbjahr.

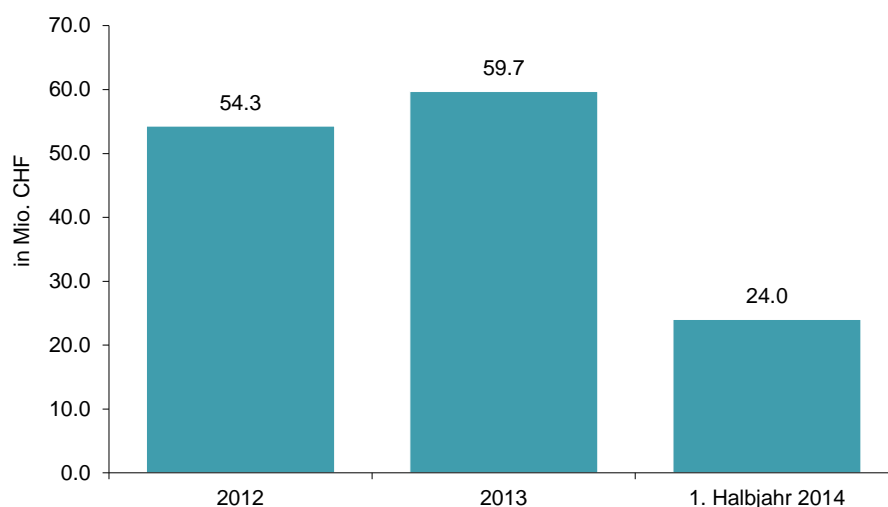
Abbildung 20: Finanzierungsanteil des Kantons am USB



Ohne Berücksichtigung der Abgrenzung nach Zeitpunkt des Falleintritts und –austritts wurden in 2012 6'428 Baselbieter Patienten behandelt, wobei diese Zahl in 2013 auf 7'844 Patienten (+22% gegenüber dem Vorjahr) anstieg. Stark gestiegen ist zwischen 2012 und 2013 auch das durchschnittliche Kostengewicht. Es erhöhte sich von 1.364 auf 1.458 (+7%).

Werden die Fälle nach Zeitpunkt des Spitaleintritts und –austritts abgegrenzt, resultiert zwischen 2012 und 2013 ein markant tieferes Kostenwachstum. Der Kostenanstieg in 2013 beziffert sich neu auf 10%, was 17 Prozentpunkte tiefer liegt als eingangs aufgrund des Abrechnungszeitpunkts berechnet (vgl. **Abbildung 21**).

Abbildung 21: Kostenentwicklung nach Abrechnung ohne Berücksichtigung von Überliegern - USB



Zurückzuführen ist das Wachstum einerseits auf die Erhöhung der Fallzahlen und folglich der Anzahl durchgeführter Behandlungen. Insgesamt wurden in 2013 gegenüber 2012 12% mehr Behandlungen durchgeführt (von 6'954 auf 7'755). Dabei ist einerseits die Abrechnung von

DRGs angestiegen (+10%) als auch diejenige von Zusatzentgelten, primär Dialysen. Die durchschnittlich verrechnete Baserate ist in 2013 geringfügig auf CHF 10'315 (-1%) gesunken. Die Durchschnittskosten pro DRG-Fall (ohne Zusatzleistungen) hingegen erhöhten sich zwischen 2012 und 2013 leicht, was primär auf den Anstieg des Kostengewichts zurückzuführen ist. Dieses erhöhte sich in der Betrachtungsperiode von 1.381 auf 1.407. Wie in **Abbildung 22** dargestellt, hat der Anstieg des Kostengewichts über alle Fälle stattgefunden, akzentuierte sich aber im oberen Bereich bei den komplexeren Fällen. Während das Viertel der komplexesten Fälle in 2012 ein Kostengewicht von über 1.537 aufwies, lag das Kostengewicht vom oberen Viertel aller Fälle in 2013 bereits über einem Kostengewicht von 1.638 (+0.101). Beim unteren Viertel der Fälle mit den tiefsten Kostengewichten liegt der Schweregradanstieg zwischen 2012 und 2013 bei 0.085 (0.495 auf 0.580).

Abbildung 22: Verteilung des Kostengewichts - USB

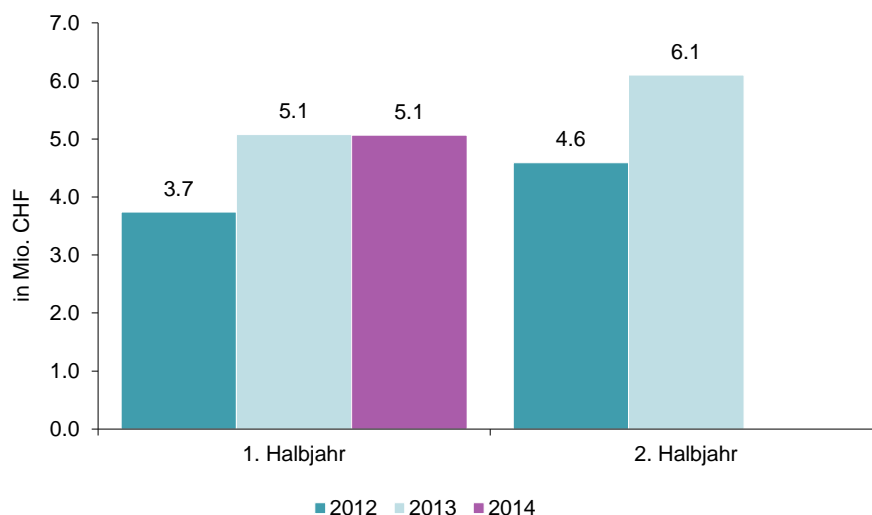
Verteilung	2012	2013
Tiefstes Kostengewicht über alle Fälle	0.083	0.130
Maximales Kostengewicht für unteres Viertel der Fälle	0.495	0.580
Maximales Kostengewicht für Hälfte der Fälle	0.845	0.900
Tiefstes Kostengewicht für oberes Viertel der Fälle	1.537	1.638
Höchstes Kostengewicht über alle Fälle	57.644	28.110
Durchschnittliches Kostengewicht	1.381	1.407

5.3.2 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Das UKBB besteht in seiner heutigen Form seit Beginn 2011. Ursprünglich ging es hervor aus dem Basler Kinderspital und der Kinderklinik auf dem Bruderholz.⁶ Der Finanzierungsanteil des Kantons am UKBB verzeichnete zwischen 2012 und 2013 ein starkes Wachstum von 34% von CHF 8.3 Mio. auf CHF 11.2 Mio. Insbesondere im zweiten Halbjahr 2013 wurde eine hohe Summe von insgesamt CHF 6.1 Mio. abgerechnet (vgl. **Abbildung 23**). Die Leistungsverrechnung im ersten Halbjahr 2014 lag mit CHF 5.1 Mio. auf dem Niveau der Vorjahresperiode.

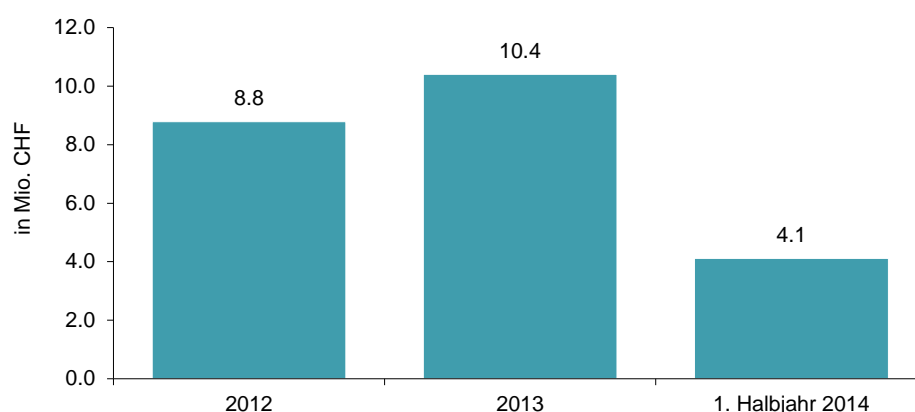
⁶ Quelle: Website des UKBB; <http://www.ukbb.ch/de/das-spital.html>

Abbildung 23: Finanzierungsanteil des Kantons am UKBB



Nach Abgrenzung der stationären Leistungen aufgrund des Falleintritts und –austritts vermindert sich der Kostenanstieg beachtlich von 34% auf 19%. Das Jahr 2013 wird nun mit Kosten in der Höhe von CHF 10.4 Mio. belastet (vgl. **Abbildung 24**). Die Fallzahl stieg in 2013 um 10% gegenüber dem Vorjahr auf 2'478 Fälle. Markant gesunken ist das durchschnittliche Kostengewicht. Während es in 2012 0.896 betrug, lag das durchschnittliche Kostengewicht in 2013 bei 0.826 (-8%). Trotz dieser Reduktion stiegen die Durchschnittskosten pro Fall zwischen 2012 und 2013 um 7% (von CHF 3'939 auf CHF 4'223).

Abbildung 24: Kostenentwicklung nach Abgrenzung - UKBB



Die Erscheinung eines Anstiegs der Durchschnittskosten pro Fall bei sinkendem durchschnittlichem Kostengewicht mag überraschen. Werden die Gesamtkosten (CW × Baserate) in Betrachtung bezogen und nicht nur der kantonale Finanzierungsanteil, resultiert ein entgegengesetztes Ergebnis. Die Durchschnittskosten sinken von CHF 10'667 auf CHF 9'881, was einem Rückgang von 7% entspricht.

Hingegen stellt sich die Frage, wieso der Finanzierungsanteil des Kantons zugenommen hat. Dies hat die Ursache darin, dass sich der Anteil von Spitalaufenthalten unter IVG zwischen 2012 und 2013 verkleinert hat. Wie in **Abbildung 25** dargestellt, reduziert sich der Anteil von IV-Patienten von 16% auf 14%. Die Leistungsfinanzierung der IV definiert einen Kantonsbeitrag von 10% in 2012, was 45 Prozentpunkte unter der Finanzierungsregelung nach KVG liegt. In 2013 hatte somit der Kanton Basel-Landschaft gegenüber 2012 für anteilmässig mehr Spitalaufenthalte den höheren Kostenbeitrag von 55% (KVG) zu leisten. Hinzu kommt die Veränderung der Finanzierung von Spitalaufenthalten nach IVG. Die neue Regelung sieht seit Beginn 2013 einen höheren Kantonsbeitrag von 20% vor, anstelle wie anhin von 10%.

Abbildung 25: Veränderung des Anteils von Behandlungen unter IVG

	2012	2013
IV-Fälle	354	341
Total Fälle	2'271	2'478
Anteil IV-Fälle	16%	14%

5.4 Katalogeffekt

Während in 2012 die Fallabrechnungen auf dem SwissDRG System 1.0 beruhen, rechneten die Spitäler in 2013 unter dem System 2.0 ab. Die Kalkulation von DRGs, von Normalliegern und von Kostengewichten basierte folglich für 2012 und 2013 nicht auf derselben Berechnungsgrundlage. Im Rahmen der Analyse wurde geprüft, inwieweit sich dieser sogenannte Katalogeffekt aus dem Wechsel der Berechnungsgrundlage negativ auf die Kostenentwicklung zwischen 2012 und 2013 auswirkte, respektive das Ergebnis zusätzlich belastete. Der Effekt wurde anhand des USB und des KSBL am Standort Bruderholz geprüft, da beide Institutionen eine hohe Anzahl von Baselbieter Patienten behandeln und in 2013 ein Wachstum des durchschnittlichen Kostengewichts verzeichneten.

Der Katalogeffekt wurde berechnet, indem einerseits alle Fälle aus 2013 auf Basis des SwissDRG Katalogs 1.0 und andererseits alle Fälle aus 2012 auf Basis des SwissDRG Katalogs 2.0 bewertet wurden. Die Analyse berechnet die Auswirkungen auf die gesamten Kosten des Spitalaufenthalts und schliesst somit die Tarifübernahme des Versicherers mit ein.

Im USB verfügten in 2013 7'550 Fälle über korrespondierende DRGs unter 1.0 und 2.0. Für 299 Fälle findet sich im Katalog 1.0 kein korrespondierender DRG-Eintrag, weshalb diese Fälle nicht berücksichtigt wurden. Die Bewertung dieser 7'550 Fälle unter dem System 1.0 zeigt, dass die Spitalaufenthaltskosten rund CHF 2.3 Mio. höher ausgefallen wären, wäre nicht auf den Katalog 2.0 gewechselt worden. Der Kostenzuschlag beziffert sich auf 2%. Für 2012 findet

sich für 5'988 Fälle ein korrespondierender DRG unter dem System 2.0. 474 Fälle wurden nicht berücksichtigt, weil kein korrespondierender Eintrag unter dem System 2.0 gefunden wurde. Es zeigt sich wiederum, dass die Behandlungsausgaben um CHF 1.8 Mio. oder 2% tiefer ausgefallen wären, wäre der Katalog 2.0 in 2012 zur Anwendung gekommen.

Im KSBL Bruderholz resultiert ein sehr vergleichbares Bild. Wären die 7'870 Fälle aus 2013 unter dem System 1.0 abgerechnet worden, wären die Behandlungskosten um weitere CHF 1.6 Mio. angestiegen, was einem Kostenschub von 2% entspricht. Für 113 Fälle fand sich kein korrespondierender DRG unter 2.0. Für 2012 wurden 8'835 Fälle unter dem System 2.0 bewertet. 302 Fälle blieben unbewertet. Es zeigt sich erneut, dass die Fälle unter dem System 2.0 günstiger ausgefallen wären. Die Differenz beträgt TCHF 847 oder 1%.

Die Analysen zeigen, dass der Wechsel der Berechnungsgrundlage durch die Aktualisierung des DRG-Katalogs das Kostenwachstum nicht zusätzlich verstärkt hat. Wäre das SwissDRG System auch in 2013 unverändert zur Anwendung gekommen, hätte sich der Kostenanstieg vergrössert.

5.5 Teuerste Fälle

Im Gesundheitswesen gilt, dass ein grosser Teil der Behandlungskosten auf wenige Patienten zurückzuführen ist. Teure Patienten beeinflussen die Gesundheitsausgaben entsprechend stark. Im Folgenden wurde geprüft, inwiefern sich die Behandlungskosten der teuersten Patienten verändert haben. Wie in **Abbildung 26** dargestellt verursachten in 2012 die teuersten 50 Fälle Kosten zulasten des Kantons Basel-Landschaft in der Höhe von CHF 6.5 Mio. In 2013 waren auf die teuersten 50 Fälle Kosten in der Höhe von CHF 5.7 Mio. zurückzuführen. Die Leistungen für die komplexesten Fälle haben somit zwischen 2012 und 2013 um rund 13% abgenommen. Der grösste Teil der teuersten Fälle wird im USB behandelt, gefolgt vom KSBL Liestal.

Abbildung 26: Kosten der teuersten 50 Fälle in CHF

Institution	2012		2013	
	Kantonsanteil	Fälle	Kantonsanteil	Fälle
St. Claraspital	104'385	1	320'957	3
UKBB	281'854	2	461'403	5
KSBL	1'906'777	18	2'020'841	16
USB	4'219'050	29	2'873'403	26
Total	6'512'066	50	5'676'604	50

Die Analyse bringt zum Ausdruck, dass das Kostenwachstum nicht auf hochkomplexe Fälle zurückzuführen ist, sondern sich die Kostentwicklung in der Breite vollzog.

5.6 Überlieger

Bis anhin blieben in der Analyse Überlieger, das heisst Fälle, deren Aufenthaltsdauer sich über die Jahreswende erstreckte, unberücksichtigt. In der Tat ist jedoch ein nicht unwesentlicher Anteil der Kosten auf Überlieger zurückzuführen. Im USB beispielsweise resultieren Kosten von über CHF 2 Mio. aus der Behandlung von Überliegern.

Sollen nun diese Kosten ebenfalls zugeordnet werden, kann man sich auf verschiedene Standpunkte stellen:

- 1) Die Kosten werden dem Jahr zugerechnet, in welchem der Patient eingetreten ist.
- 2) Die Kosten werden auf die Jahre des Eintritts und des Austritts aufgeteilt.
- 3) Die Kosten werden dem Jahr zugerechnet, in welchem der Patient ausgetreten ist.

Im Folgenden wird der Grundsatz der Stückrechnung befolgt und die Fälle gemäss Austrittszeitpunkt der entsprechenden Periode zugeteilt. Das Kostenwachstum über alle acht Spitäler steigt durch die Berücksichtigung der Überlieger moderat um 0.5 Prozentpunkte an (vgl. **Abbildung 27**). Für die Rehabilitation des KSBL und das USB verstärkt sich der Kostenanstieg durch den Einbezug von Überliegern. Im St. Claraspital minimiert sich hingegen das Wachstum von 14% auf 11%.

Abbildung 27: Kostenwachstum 2012/2013 mit und ohne Einbezug von Überliegern

Institution	OHNE Überlieger	MIT Überlieger
Bethesda Akut	3%	4%
Bethesda Reha	6%	6%
HirsI. Birshof	-10%	-10%
Merian Iselin	-3%	-3%
KSBL Akut	-3%	-3%
KSBL Reha	4%	8%
Solothurner S.	22%	22%
St. Claraspital	14%	11%
UKBB	18%	18%
USB	10%	12%
Total	3%	3%

Dadurch, dass die Systemumstellung auf die Fallpauschale während des Jahreswechsels 2011 auf 2012 erfolgte, besteht die Möglichkeit, dass in die Berechnung der Überlieger von 2011/2012 Sondereffekte einfliegen. So fanden gemäss VGD Basel-Landschaft im Laufe des Jahres 2012 aufgrund von doppelten Verrechnungen (Abrechnung einer Tagespauschale als auch eines DRGs) teilweise Rückvergütungen statt, welche in den vorliegenden Daten nicht abgebildet sind. In diesem Fall wäre eine Gegenüberstellung der Kosten zwischen den Jahren mit Berücksichtigung von Überliegern weniger aussagekräftig. Es zeigt sich, dass die Kosten

von Überliegern gemessen an den Kosten von Fällen mit Ein- und Austritt im Folgejahr zwischen den einzelnen Institutionen, aber auch zwischen 2011/2012 und 2012/2013 stark variieren (Spannbreite von 0% bis 10%).

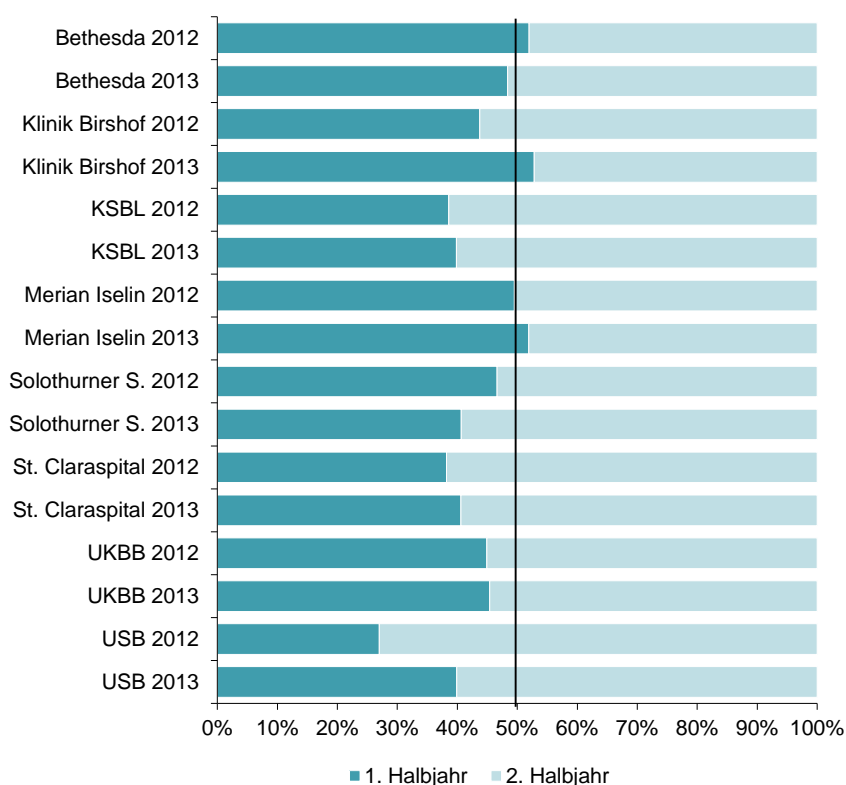
Über alle Leistungserbringer zeigt sich zudem, dass Überlieger im Vergleich zu Fällen mit Ein- und Austritt innerhalb desselben Jahres im Durchschnitt ein deutlich höheres Kostengewicht aufweisen. Mögliche Gründe sind die reduzierte Anzahl an Wahleintritten während der Weihnachts- und Neujahrzeit. Es besteht die Vermutung, dass während des Jahreswechsels hauptsächlich Noteingriffe oder Patienten mit komplexen Erkrankungen behandelt werden, dessen Spitalaufenthalt sich nicht hinausschieben lässt.

5.7 Verteilung der Leistungsabrechnungen

Die Übersicht der Leistungsabrechnungen auf Stufe der einzelnen Institutionen bringt deutlich zum Vorschein, dass im zweiten Halbjahr jeweils signifikant mehr Leistungen abgerechnet werden als im ersten Halbjahr. In **Abbildung 28** ist für die acht untersuchten Spitäler die Verteilung der Abrechnungssumme innerhalb eines Jahres dargestellt. Während sich beim Merian Iselin Spital, bei der Hirslanden Klinik Birshof und beim Bethesda Spital die Leistungsabrechnungen des ersten und zweiten Halbjahres ungefähr die Waage halten (nahe bei 50%), werden bei den anderen Spitälern im ersten Halbjahr betragsmässig weit unter 50% an der Gesamtsumme abgerechnet. Die Leistungsabrechnung findet somit verstärkt im zweiten Halbjahr statt.

Diesem Umstand muss Rechnung getragen werden, wenn Mitte Jahr unterjährige Budgetabweichungen geprüft werden und Ende Jahr für das darauffolgende Jahr die Budgetplanung stattfindet.

Abbildung 28: Verteilung der Leistungsabrechnung auf Halbjahresbasis



5.8 Rechnungsabgrenzung

Um die Abgrenzungen der von Baselbieter Patienten beanspruchten Leistungen vornehmen zu können, findet jeweils im Dezember von Seiten der VGD Basel-Landschaft ein Rechnungsruf an alle Spitäler mit Leistungsvereinbarung statt. Dabei werden die Rechnung des zweiten Halbjahres resp. des vierten Quartals als auch die Anzahl und das durchschnittliche Kostengewicht von noch nicht berücksichtigten Behandlungsfällen erfragt. Ausgehend von den Rückmeldungen erstellt die VGD Basel-Landschaft den definitiven Jahresabschluss bis Mitte Februar. Analysen der VGD Basel-Landschaft zeigen, dass die Abgrenzungen 2012, welche nach den Rückmeldungen aus dem Rechnungsruf vorgenommen wurde, in Summe nicht wesentlich von der Inrechnungstellung des 2. Halbjahres abweichen. Die privaten baselstädtischen Spitäler wurden um CHF 4.3 Mio. (zu tiefe Abgrenzungssumme) unterbewertet, das USB andererseits mit CHF 2.5 Mio. überbewertet (zu hohe Abgrenzungssumme). Alle nachträglich nach der zweiten Halbjahresrechnung eingereichten Rechnungsbeträge, welche sich weiterhin auf das Vorjahr beziehen, konnten für die Abgrenzung nicht berücksichtigt werden, da diese durch die Leistungserbringer nicht angezeigt wurden.

Für das Jahr 2013 und das erste Halbjahr 2014 wurde nun geprüft, zu welchem Grad nach Zustellung der zweiten Halbjahresrechnung durch die Spitäler kostenmässig Fälle abgerechnet wurden, die im Vorjahr behandelt wurden.⁷ Für einen Vergleich zwischen 2012/2013 und 2013/2014 wurden die kantonalen Finanzierungsanteile, welche auf Vorjahresfälle zurückzuführen sind, der Rechnungssumme aus dem Vorjahr gegenübergestellt. Das Abrechnungsjahr 2012 wurde nicht auf Vorjahresfälle geprüft, weil die Spitäler in 2011 auf den Systemwechsel hin die Rechnungen konsequent erstellt haben. Des Weiteren wurden spätere Gutschriften, welche auf Doppelbelastungen zurückzuführen sind, in der VGD Basel-Landschaft korrekterweise auf andere Konti bzw. Innenaufträge gebucht.

Zwischen den beiden Beobachtungsjahren lassen sich folgende Tendenzen feststellen (vgl. **Abbildung 29**): In 2013 wurden Vorjahres-Fälle mit einer Summe von TCHF 8'807 abgerechnet. Im ersten Halbjahr 2014 liegt der entsprechende Wert bei TCHF 3'530. Folglich wurden betragsmässig in 2014 deutlich weniger Fälle abgerechnet, welche dem Vorjahr gemäss Zeitpunkt des Ein- und Austrittszeitpunktes zuzuordnen sind. Die Auswirkung einer verzögerten Leistungsabrechnung hat sich in allen Spitälern zwischen 2012/2013 und 2013/2014 minimiert.

Die Resultate pro Institution zeigen ein sehr uneinheitliches Bild. In den beiden Universitäts-spitälern UKBB und USB wurden weitere 11% respektive 9% der Rechnungssumme in 2012 erst in 2013 abgerechnet. Der Anteil hat sich in 2014 deutlich verringert auf 5% resp. 3%. Im UKBB wurden im ersten Halbjahr 2014 neben Stornierungen 158 Fälle aus dem Vorjahr abgerechnet. Das durchschnittliche Kostengewicht dieser Fälle aus 2013 beträgt 0.900 und liegt somit 18% über demjenigen der Fälle aus dem laufenden Jahr (CMI von 0.760). Im USB wurden im ersten Halbjahr 2014 neben Stornierungen 339 Fälle aus dem Vorjahr abgerechnet. Das durchschnittliche Kostengewicht dieser Fälle aus 2013 beträgt 1.596 und liegt somit 15% über demjenigen der Fälle aus dem laufenden Jahr (2014: CMI von 1.391). In den Solothurner Spitälern wurden in 2013 weitere 24% der Rechnungssumme aus 2012 abgerechnet. Auch hier ist der Prozentsatz im darauffolgenden Jahr stark auf 8% gesunken. Neben Stornierungen wurden in 2014 insgesamt 151 Fälle nachträglich verrechnet. Die durchschnittlichen Kostengewichte liegen hingegen mit 0.932 für Fälle aus dem 2013 und 0.911 für Fälle aus dem laufenden Jahr nahe beieinander.

Im Gegensatz zu den soeben genannten Spitälern liegt die auf Vorjahresfälle zurückzuführende Rechnungssumme bei den übrigen sieben Spitälern zwischen 0% und 2%. Absolute Minus-Werte ergeben sich aus der Prävalenz von Storni (z.B. Bethesda Akut im 1. Halbjahr 2014).

⁷ Überlieger wurden dabei nicht berücksichtigt, sondern nur Fälle, deren Ein- und Austrittszeitpunkt im Vorjahr liegt.

Abbildung 29: Abrechnungssumme von Vorjahresfällen in 2013 und im 1. Halbjahr 2014

Institution	Abrechnungssumme 2012 in TCHF	Abrechnungssumme 2012-Fälle in 2013 in TCHF	Anteil in %	Abrechnungssumme 2013 in TCHF	Abrechnungssumme 2013-Fälle in 2014 in TCHF	Anteil in %
Bethesda Akut	9'158	567	6%	10'666	-46	0%
Bethesda Reha	1'222	27	2%	1'354	6	0%
Hirsl. Birshof	6'140	148	2%	5'753	84	1%
Merian Iselin	13'088	-7	0%	12'631	6	0%
KSBL Akut	116'217	1'120	1%	112'598	56	0%
KSBL Reha	8'540	84	1%	9'466	-13	0%
Solothurner Spitäler	5'435	1'328	24%	8'897	688	8%
St. Claraspital	15'439	17	0%	17'172	19	0%
UKBB	8'332	875	11%	11'183	599	5%
USB	50'587	4'647	9%	64'269	2'189	3%
Total	234'157	8'807	4%	253'988	3'590	1%

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Anlass zur Annahme besteht, dass sich die Verrechnung von Vorjahresfällen in Zukunft normalisieren wird. Dabei ist aber weiterhin davon auszugehen, dass Fälle mit Verrechnung im Folgejahr durchschnittlich ein höheres Kostengewicht aufweisen werden als Fälle mit Abrechnung im Behandlungsjahr.

5.9 Zusammenfassung

Nach Zusammentragung der Ergebnisse auf Institutionsstufe zu einer Gesamtsicht lassen sich folgende Feststellungen treffen: Wird für die acht untersuchten Spitäler die Abrechnungssumme aus 2012 derjenigen aus 2013 gegenübergestellt, resultiert ein Wachstum des kantonalen Finanzierungsanteils von rund CHF 19.8 Mio. oder 8%. Werden in einem zweiten Schritt die Kosten für die Spitalaufenthalte periodengerecht nach Falleintritt und –austritt abgegrenzt, reduziert sich der Kostenanstieg auf CHF 6.7 Mio. oder 3%. Die Kosten für Spitalaufenthalte sinken somit in 2013 um 5 Prozentpunkte gegenüber der Berechnung basierend auf dem Rechnungseingang einschliesslich vorgenommener Abgrenzungen. Die Ergebnisse sind in **Abbildung 42** dargestellt. Massgeblich belastend für das Jahr 2013 war somit die Verschiebung von Behandlungskosten aus der Vorjahresperiode. Die **Abbildung 30** gibt Hinweise darauf, dass besonders bei komplizierten Fällen die Rechnungsstellung verzögert wurde. Das durchschnittliche Kostengewicht lag bei Fällen, welche gemäss Spitaleintritt dem Vorjahr zuzurechnen sind (Vorjahresfall), weit über den durchschnittlichen Kostengewichten der Fälle, welche innerhalb derselben Periode angefallen und abgerechnet wurden (Fall aus 2012, resp. 2013).

Abbildung 30: Kostengewichtvergleich von Fällen mit unterschiedlichem Abrechnungs- und Entstehungszeitpunkt

Institution	Abrechnung in 2012			Abrechnung in 2013		
	Vorjahresfall	Fall aus 2012	Abweichung in %	Vorjahresfall	Fall aus 2013	Abweichung in %
Bethesda Spital	0.538	0.698	-23%	0.889	0.726	22%
Hirsl.klinik Birshof	5.157	0.863	497%	1.531	0.822	86%
Merian Iselin Spital	2.028	1.124	80%	1.228	1.095	12%
KSBL Bruderholz	2.018	0.996	103%	1.645	1.031	60%
KSBL Liestal	2.164	0.936	131%	1.890	0.933	103%
KSBL Laufen	1.042	0.853	22%	0.884	0.868	2%
Solothurner S.	1.372	0.840	63%	0.829	0.878	-6%
St. Claraspital	5.019	1.065	371%	1.948	1.068	83%
UKBB	5.157	0.863	497%	1.531	0.822	86%
USB	3.274	1.348	143%	2.092	1.401	49%

Während zwischen 2012 und 2013 die Behandlungskosten gesamthaft um 3% anstiegen, gab es Verschiebungen der stationären Behandlungen zwischen den einzelnen Institutionen (vgl. **Abbildung 31**). Stark an Patienten aus Basel-Landschaft eingebüsst hat die Baselbieter Hirslanden Klinik Birshof mit einem Fallrückgang von 17%. Dies zog eine Reduktion des kantonalen Finanzierungsanteils um 10% nach sich. Ebenfalls gesunken sind die Fallzahlen des KSBL um gesamthaft 8%. Der Fallrückgang von 8% zog einen Rückgang der Kantonsanteile von 3% nach sich. Mit der Steigerung im Rehabilitationsbereich konnte ein Teil des Rückgangs kompensiert werden (+17% Fallwachstum, +4% Leistungswachstum). Das baselstädtische Merian Iselin Spital hat zwischen 2012 und 2013 hinsichtlich der Fallzahlen und des kantonalen Finanzierungsanteils ebenfalls einen Rückgang von 3% erlitten. Hingegen starken Zuwachs verzeichneten folgende ausserkantonale Institutionen: Die Solothurner Spitäler (+17%), das St. Claraspital (+15%), das UKBB (+10%) und das USB (+12%).

Über alle Institutionen gesehen zeichnet sich zwischen 2012 und 2013 ein Rückgang von abgerechneten Fällen um knapp 400 oder -1% ab.⁸ Diese Auswertung berücksichtigt den Umstand nicht, dass sich in 2013 die Finanzierungsregelung im Rahmen des UVG geändert hat. Bei einer Beschränkung auf KVG-Fälle resultiert ein leicht positives Fallwachstum. Auffällig ist, dass eine Schwächung von innerkantonalen Spitätern stattfand. Folglich wanderten zwischen 2012 und 2013 Baselbieter Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft ab, was eine Verlagerung der Leistungserbringung in benachbarte Kantone herbeiführte.

⁸ Zusatzentgelte bleiben in dieser Berechnung unberücksichtigt.

Abbildung 31: Veränderungen der Fallzahlen aus Basel-Landschaft und Kantonsanteile zwischen 2012 und 2013

Institution	Abw. Fallzahlen in %	Abw. Kantonsanteile in %
Bethesda Akut	2%	3%
Bethesda Reha	-14%	6%
Hirsl. Birshof	-17%	-10%
Merian Iselin	-1%	-3%
KSBL Akut	-8%	-3%
KSBL Reha	17%	4%
Solothurner S.	17%	22%
St. Claraspital	15%	14%
UKBB	10%	18%
USB	12%	10%
Total	-1%	3%

Gewinnen Spitäler mit höheren Baserates zunehmend Marktanteile, wirkt sich zudem der Effekt des höheren Tarifs negativ auf die Behandlungskosten aus. Die durchschnittliche Base-rate, welche in 2013 Anwendung fand, lag im KSBL und im Merian Iselin über derjenigen im St. Claraspital und in den Solothurner Spitälern, jedoch unter derjenigen des USB, sofern nicht der Referenztarif abgerechnet wurde. Die Kostenauswirkung ist jedoch begrenzt. Lassen sich beispielsweise 1'700 Patienten, was ungefähr dem Rückgang zwischen 2012 und 2013 im KSBL entspricht, mit einem Kostengewicht von 1 im USB anstatt im KSBL behandeln, belastet dies die Kantonsrechnung zusätzlich um TCHF 163.6.⁹

Ab 2014 gilt für baselstädtische Spitäler neu die Freizügigkeit. Das heisst, dass der Standorttarif in jedem Fall auch ohne medizinische Indikation zur Anwendung kommt. Dieser Wechsel hat für 2014 grösstenteils eine kostendämpfende Auswirkung. Die Referenztarife lagen bereits in 2013 im St. Claraspital, im Bethesda Spital, in den Solothurner Spitälern und teilweise im Merian Iselin Spital unter dem Referenztarif, womit sie entsprechend nicht verrechnet wurden. In 2014 sind die Tarife gegenüber dem Vorjahr in den genannten Institutionen moderat gesunken. Im Merian Iselin Spital, in welchem in 2013 teilweise der Referenztarif abgerechnet wurde, liegen die neuen Tarife in 2014 deutlich unter dem Referenztarif. Hingegen löst die Freizügigkeitsregelung im Rahmen von Behandlungen im USB einen leichten Kostensprung aus. Dort steigt die Baserate von CHF 10'106 (Referenztarif 2013) auf CHF 10'430. Unter sonst gleichen Bedingungen führt dieser Effekt zu einem Kostenanstieg in 2014 von TCHF 575.¹⁰

Dadurch, dass die Fallentwicklung beinahe seitwärts verlief, ist die Kostensteigerung in 2013 primär auf einen durchschnittlichen Schweregradanstieg zurückzuführen. Wie lässt sich der

⁹ $(CHF\ 10'315 - CHF\ 10'140) \times 1'700\ \text{Fälle} \times 1.000\ \text{CW} \times 55\% = CHF\ 163'625$

¹⁰ $(CHF\ 10'430 - CHF\ 10'106) \times 3'030\ \text{Fälle} \times 1.064\ \text{CW} \times 55\% = CHF\ 574'502$. 3'030 Fälle entsprechen 40% von allen Baselbieter Fällen, welche in 2013 im USB behandelt wurden. Für die restlichen 60% fand nicht der Referenztarif Anwendung. Das durchschnittliche Kostengewicht wurde nur anhand dieser Fälle berechnet.

Anstieg im Kostengewicht begründen? Die Ursachen eines Kostengewichtsanstiegs können vielseitig sein. Einerseits könnte die gestiegene Komplexität der Behandlungen zwischen 2012 und 2013 aufgrund eines sich verändernden Patientenguts (z.B. eine zunehmende Alterung der Patienten) zu einer durchschnittlichen Schweregraderhöhung geführt haben. Weiter besteht die Möglichkeit, dass die Codierqualität verbessert und die Codierung innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen in 2013 präzisiert wurde. Werden Diagnosen und Behandlungen detaillierter erfasst, erhöht sich grundsätzlich das durchschnittliche Kostengewicht. Womöglich war in 2012 die Anforderung durch die Systemumstellung zu gross, als dass der Lernprozess bereits dann schon hätte einsetzen können.

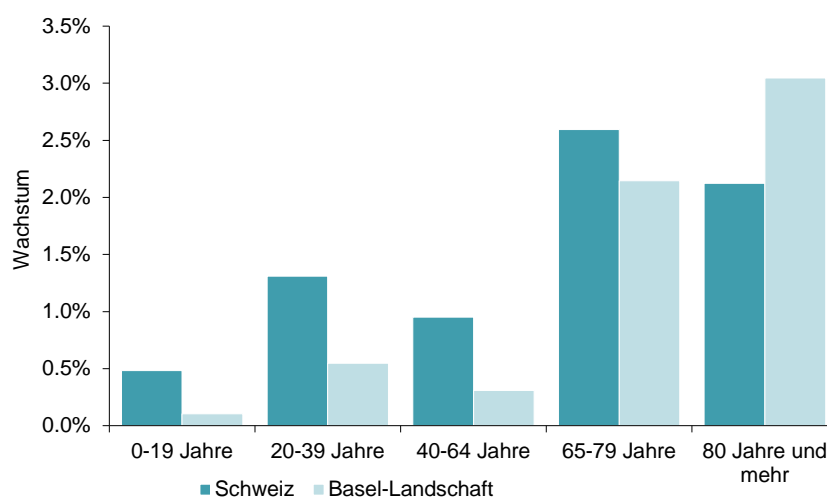
6 Bewertung

6.1 Demographische Entwicklung in Basel-Landschaft¹¹

Ein starker Einflussfaktor auf den Leistungsbedarf und somit letztendlich auf die Kantonsanteile stellt die Bevölkerungsentwicklung und insbesondere die Verschiebungen im Altersaufbau dar. Das resultierende Kostenwachstum von 3% soll im Folgenden anhand der demografischen Entwicklung plausibilisiert werden.

Basel-Landschaft verzeichnete in 2013 gegenüber dem Vorjahr ein Bevölkerungswachstum von 0.7%. In der gleichen Zeitperiode stieg die Wohnbevölkerung der Gesamtschweiz um 1.2% an. Zwischen den Altersgruppen fand in Basel-Landschaft als auch in der Gesamtschweiz insbesondere eine Zunahme von älteren Bewohnern statt. Während in Basel-Landschaft die Wachstumsraten der Altersgruppen 0-64 Jährigen zwischen 0.1 und 0.5% lagen, lagen diejenigen der 65-79 Jährigen und 80+ Jährigen bei 2.1% resp. 3.0%. Im gesamtschweizerischen Vergleich ist in Basel-Landschaft einzig die Altersgruppe 80+ zwischen 2012 und 2013 überdurchschnittlich gewachsen (siehe **Abbildung 32**). Der Anteil der Altersgruppe 65+ betrug in 2012 21%.

Abbildung 32: Bevölkerungsentwicklung zwischen 2012 und 2013 nach Altersgruppen

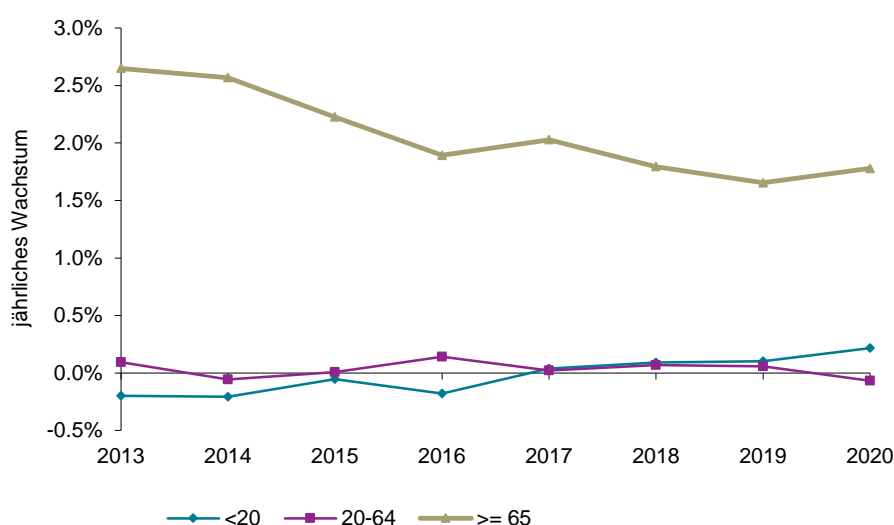


Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass – unter sonst identischen Bedingungen (Leistungsbedarf pro Einwohner, Kosten der Leistungserbringung) – ein Kostenwachstum von 1% alleine der gestiegenen Einwohnerzahl zuzuschreiben ist. Darin ist noch nicht berücksichtigt, dass sich der stärkere Bevölkerungsanstieg in den oberen Altersgruppen zusätzlich auf die Hospitalisationsrate und schlussendlich auf die Nachfrage auswirkt.

¹¹ Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS).

Das mittlere Szenario zur kantonalen Bevölkerungsentwicklung des Bundesamts für Statistik (nachfolgend BfS) prognostiziert, dass die Baselbieter Bevölkerung in 2014 gegenüber dem Vorjahr um 0.5% und zwischen 2013 und 2018 um 2% ansteigen wird. Das Wachstum verlangsamt sich somit gegenüber früheren Perioden. Gemäss BfS Prognosen wird sich zudem das Bevölkerungswachstum von über 65 Jährigen deutlich verlangsamen (vgl. **Abbildung 33**). In 2016 sinkt das Wachstum auf 1.9% und liegt damit unter dem gesamtschweizerischen Trend (+2.0%). Nichtsdestotrotz wird die Altersgruppe 65+ anteilmässig weiter von 21% in 2013 auf 23% in 2018 ansteigen.

Abbildung 33: Prognostiziertes Bevölkerungswachstum nach Altersgruppen 2013-2020



6.2 Abgleich mit Versorgungsbericht

Im Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft¹² wurde basierend auf der Nachfrage im Jahr 2008 eine Prognose für den zukünftigen Leistungsbedarf der Baselbieter Bevölkerung in der Akutsomatik erstellt. Dabei wurde unter Berücksichtigung von demographischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Einflussfaktoren die Patientenzahlen anhand der Einwohnerzahl und der Hospitalisationsrate prognostiziert.

6.2.1 Einwohnerzahl

Die Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung beruhen auf der per 1. Mai 2010 aktualisierten Prognose des Bundesamts für Statistik. Heute zeigt sich, dass das Bevölkerungswachstum von Basel-Landschaft höher ausgefallen ist als im Versorgungsbericht angenommen. Mit dem

¹² Quelle: Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft, 2010.

damals unterstellten Wachstum würde Basel-Landschaft erst in 2019 auf die Bevölkerungszahl ansteigen, welche bereits per Ende 2013 erreicht wurde (Wohnbevölkerung von 278'605). Es lässt sich somit festhalten, dass die Berechnung der prognostizierten Patientenzahlen auf zu konservativen Annahmen der Bevölkerungsentwicklung beruht.

6.2.2 Hospitalisationsrate

Gemäss Versorgungsbericht wird die Hospitalisationsrate primär durch demographische, medizintechnische und epidemiologische Faktoren beeinflusst. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung hat eine massgebliche Auswirkung auf den Bedarf von stationären Leistungen.

Der Versorgungsbericht prognostiziert eine Zunahme des Anteils von Patienten im Alter von über 60 von 47% in 2008 auf 53% in 2020. Eine Auswertung der eingangs erwähnten Spitäler ohne Berücksichtigung des UKBB aufgrund dessen Patientengutes zeigt, dass in 2013 in der Akutsomatik 55% der Patienten über 60 Jahre alt waren. In 2012 lag der Anteil geringfügig tiefer bei 53%. Dies verdeutlicht, dass sich bereits heute eine Entwicklung etabliert hat, welche für das Jahr 2020 prognostiziert wurde. Über die Hälfte der Patientenbehandlungen werden von Menschen von über 60 Jahren in Anspruch genommen. Werden nicht die Fallzahlen, sondern der Casemix berücksichtigt, verstärkt sich das Bild. In 2013 waren 65% des Casemix auf ältere Menschen über 60 zurückzuführen. Wie in **Abbildung 34** dargestellt, war insbesondere bei den Solothurner Spitälern und im St. Claraspital der Anteil markant hoch.

Abbildung 34: Anteil der Behandlungen an Patienten im Alter von 60+

Institution	2012	2013
Bethesda Spital	23%	25%
Hirslanden Klinik Birshof	49%	51%
KSBL	53%	56%
Merian Iselin Spital	60%	58%
Solothurner Spitäler	66%	68%
St. Claraspital	71%	69%
USB	51%	53%
Total	53%	55%

Wie in **Abbildung 35** ersichtlich, hat zwischen 2012 und 2013 der Casemix bei Patienten unter 65 Jahren um 5% abgenommen. Dagegen ist der Casemix bei älteren Patienten über 80 Jahren mit 6% massgeblich gestiegen.

Abbildung 35: Casemix nach Altersgruppen in den untersuchten Spitälern ohne UKBB

Altersgruppe	2012	2013	Wachstum in %
<65	21'399	20'353	-5%
65+	7'326	7'385	1%
75+	3'589	3'731	4%
80+	6'416	6'818	6%

Die Analysen auf Stufe der Institutionen zeigen, dass nicht alle Spitäler einen Anstieg des durchschnittlichen Patientenalters zwischen 2012 und 2013 verzeichneten. Angestiegen ist das Durchschnittsalter in den Solothurner Spitäler, im USB, im Bethesda Spital und im KSBL. Das höchste Durchschnittsalter ihrer Patienten weisen die Solothurner Spitäler mit 66.3 Jahren auf. Zudem ist in den Solothurner Spitälern der Casemix der Patienten über 80 Jahre zwischen 2012 und 2013 um 11% angestiegen; derjenige der Patienten über 65 Jahre um 70%. Ein hohes Wachstum des Casemix von Patienten über 80 verzeichnete zwischen 2012 und 2013 des Weiteren das USB (+37%).

Wie wirkt sich der starke Anstieg von Behandlungen von älteren Patienten auf die kantonalen Ausgaben aus? Ein Kostenanstieg zulasten des Kantons Basel-Landschaft von CHF 2.7 Mio. oder 6% ist alleine auf Patienten über 80 Jahre zurückzuführen. Dies liegt sowohl drei Prozentpunkte über dem Kostenwachstum über alle Altersgruppen (+3% nach Abgrenzung) als auch um drei Prozentpunkte über der Bevölkerungsentwicklung dieser Altersgruppe (+3%). Eine Analyse auf Stufe der einzelnen Institutionen zeigt, dass CHF 2.4 Mio. Kostenanstieg alleine auf das USB zurückzuführen sind. Im USB stieg die Zahl der Behandlungen der über 80 Jährigen von 860 auf 1'065 (+24%). Das durchschnittliche Kostengewicht stieg von 1.450 auf 1.588 (+10%).

Die Kostenentwicklung der oberen Altersklasse ist nicht nur auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Im Kostensprung ebenfalls abgebildet ist der medizinische Fortschritt, welcher es zunehmend erlaubt, auch komplexere Eingriffe an älteren Patienten durchzuführen.

6.2.3 Zusammenfassung

Insgesamt rechnet der Versorgungsbericht mit einer Zunahme von stationären Fällen von 8% innerhalb von 12 Jahren. Dies entspricht unter der Annahme eines linear verlaufenden Wachstums einem jährlichen Anstieg von 0.6%. Das Fallwachstum, welches gemäss vorliegender Expertise zwischen 2012 und 2013 resultiert, liegt gesamthaft sogar mit -1% leicht darunter. Hier ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Rückgang auf die neue Finanzierungsregelung im Rahmen des UVG zurückzuführen ist. Ohne diesen Effekt sind die Fallzahlen in 2013 gegenüber dem Vorjahr um 3% gestiegen. Das im Vergleich zum Versorgungsbericht höher resultierende Fallwachstum kann jedoch zu einem wesentlichen Teil anhand des Bevölkerungswachstums und der Alterung der Patienten erklärt werden.

6.3 Kantonale Vergleichsrechnung

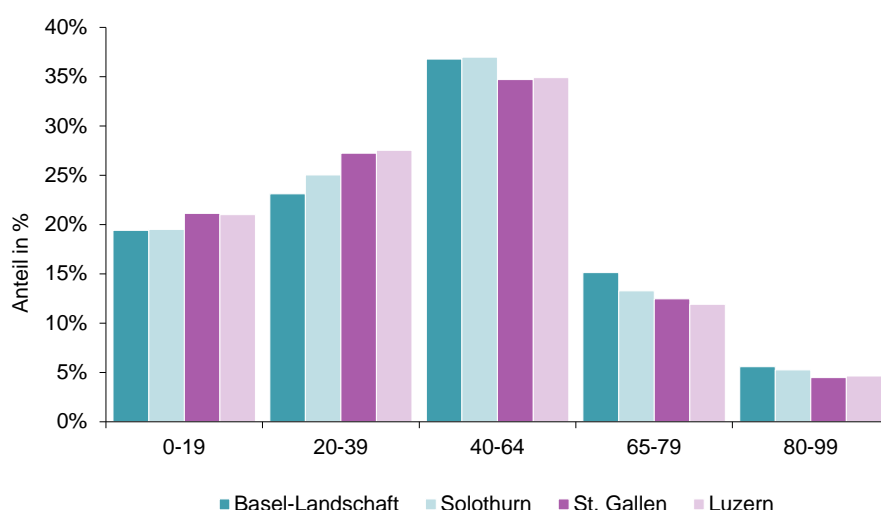
6.3.1 Selektion

Um die aus der Datenanalyse erhaltenen Ergebnisse einstuft und beurteilen zu können, folgt ein Exkurs, in welchem der Kanton Basel-Landschaft im gesamtschweizerischen Kontext eingestuft als auch auf Stufe einer Gegenüberstellung mit einem ähnlich gelagerten Kanton beurteilt wird. Als mögliche Vergleichskantone eignen sich Luzern, Solothurn und St. Gallen. In keinem der genannten Kantone existiert ein Universitätsspital. Spezifisch am Kanton Basel-Landschaft ist die verhältnismässig alte Bevölkerung. Wie in **Abbildung 37** dargestellt, weist der Nachbarkanton Solothurn ein ähnliches Altersprofil seiner Bevölkerung aus wie Basel-Landschaft. Des Weiteren liegen die Zahlen der stationären Austritte von 2012 nahe beieinander: Während in Basel-Landschaft rund 30'000 Austritte verzeichnet wurden, waren es in Solothurn 28'000 (siehe **Abbildung 36**).¹³

Abbildung 36: CMI und Anzahl Austritte nach Kanton

	CMI	Anz. Austritte (2012)
Basel-Landschaft	0.9816	29'793
Solothurn	0.9186	28'336
St. Gallen	0.9841	71'926
Luzern	1.0658	45'138
Schweiz	1.0268	1'109'522

Abbildung 37: Bevölkerung nach Altersgruppen¹⁴



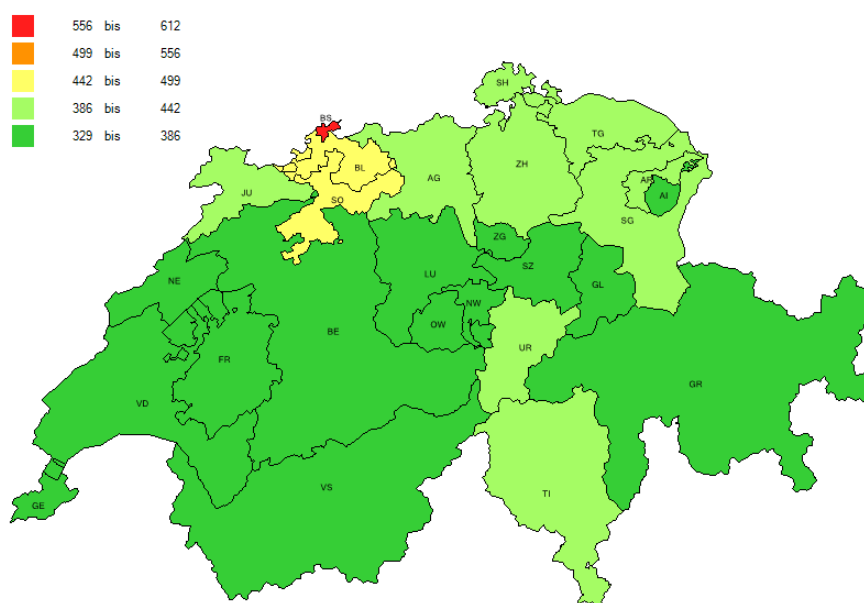
¹³ Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Kennzahlen der Schweizer Spitäler, 2012 (www.bag.admin.ch/kzss). Ohne Berücksichtigung der Typologien K211, K212, K221, K231, K232; K234;K235.

¹⁴ Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS).

6.3.2 Vergleich des stationären und ambulanten Bereichs

Auf der nachfolgenden Karte (vgl. **Abbildung 38**) wird die durchschnittliche Bruttoleistung (Leistungen, welche über die obligatorische Grundversicherung gedeckt sind) pro versicherte Person dargestellt.¹⁵ Auffällig ist, dass sowohl Basel-Landschaft als auch Solothurn schweizweit überdurchschnittlich hohe Bruttoleistungen aufweisen. Nur in Basel-Stadt werden pro versicherte Person höhere Leistungen im stationären Bereich bezogen.

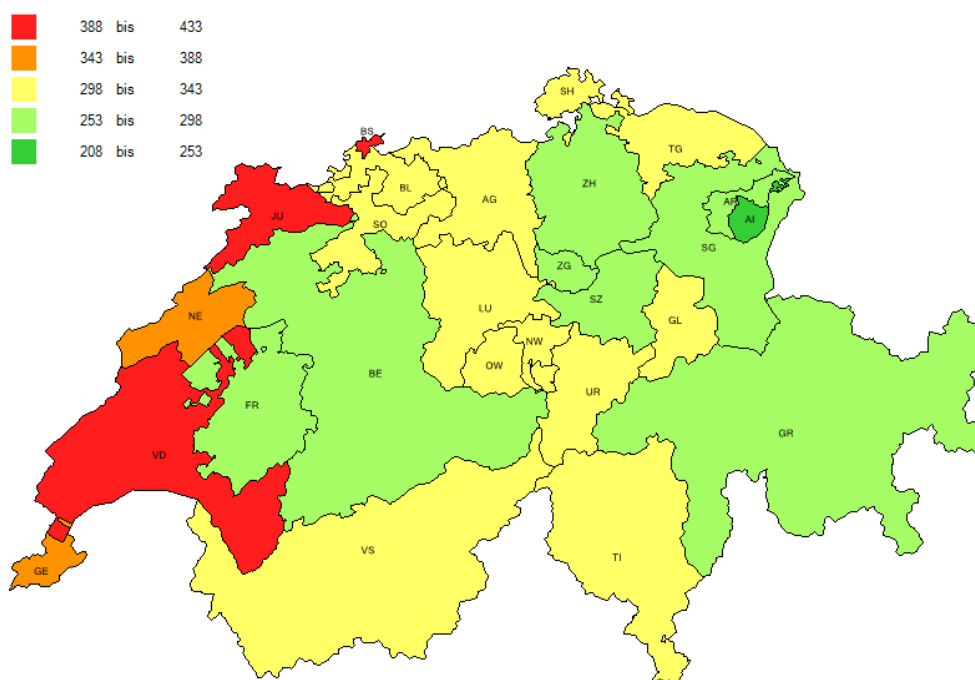
Abbildung 38: Bruttoleistungen im stationären Bereich, Quelle: SASIS AG



Hinsichtlich des ambulanten Bereichs liegen sowohl Basel-Landschaft als auch Solothurn im mittleren Durchschnitt, wie **Abbildung 39** veranschaulicht.

¹⁵ Quelle: SASIS AG; <https://www.sasis.ch/de/513>

Abbildung 39: Bruttoleistungen im ambulanten Bereich, Quelle: SASIS AG



6.3.3 Entwicklung im stationären und ambulanten Bereich

Gesamtschweizerisch betrachtet sind die durchschnittlichen Bruttoleistungen pro versicherte Person im stationären Bereich zwischen 2012 und 2013 um 34% gestiegen (vgl. **Abbildung 40**). Demgegenüber sind die Leistungen im ersten Halbjahr 2014 gegenüber der Vorjahresperiode um 5% gesunken. Im ambulanten Bereich lässt sich zwischen 2012 und 2013 der Anstieg der Bruttoleistungen auf 10% beziffern. Im ersten Halbjahr 2014 betrug das Wachstum gegenüber der Vorjahresperiode 3%. Die Entwicklung der Bruttoleistungen im stationären Bereich liegt im Kanton Basel-Landschaft mit 34% Kostensteigerung zwischen 2012 und 2013 im Schweizer Durchschnitt. Im ersten Halbjahr 2014 sind die Leistungen mit 2% jedoch überdurchschnittlich angestiegen. Demgegenüber verlief das Wachstum im ambulanten Bereich mit -1% zwischen 2012 und 2013 und mit 7% für das erste Halbjahr 2014 unterdurchschnittlich.

Die landesweiten hohen Wachstumsraten in 2013 gegenüber 2012 geben einen Hinweis darauf, dass in 2012 auch in anderen Kantonen eine Verzögerung der Leistungsabrechnung stattfand. Massgebend für die Zuordnung der Kosten ist nämlich das Abrechnungsdatum.

6.3.4 Entwicklungen der durchschnittlichen Bruttoleistung im kantonalen Vergleich

Für das Jahr 2013 ist die durchschnittliche Bruttoleistung pro versicherte Person im stationären als auch im ambulanten Bereich zwischen Basel-Landschaft und Solothurn vergleichbar. Der

Kanton Solothurn verzeichnete allerdings zwischen 2012 und 2013 mit +49% ein deutlich höheres Kostenwachstum im stationären Bereich als der Kanton Basel-Landschaft. Der Unterschied liegt bei 15 Prozentpunkten, was darauf zurückzuführen ist, dass Solothurn in 2012 auf einem deutlich tieferen Niveau startete. Der Kostenanstieg in 2013 liegt auch über dem schweizerischen Durchschnitt. Demgegenüber sind in Solothurn im ersten Halbjahr 2014 die Bruttoleistung pro Kopf um 2% gesunken, während die Bruttoleistungen in Basel-Landschaft durch ein leichtes Wachstum geprägt waren (vgl. **Abbildung 40**).

Abbildung 40: Bruttoleistungen pro Kopf (stationär und ambulant)

Spital stationär	2012	2013	2014	2012/2013	2013/2014
Basel-Landschaft	355	474	485	34%	2%
Solothurn	306	456	447	49%	-2%
Schweiz	314	420	399	34%	-5%

Spital ambulant	2012	2013	2014	2012/2013	2013/2014
Basel-Landschaft	315	310	333	-1%	7%
Solothurn	278	304	328	10%	8%
Schweiz	278	305	314	10%	3%

Im ambulanten Bereich liegt die Leistungsentwicklung im Kanton Solothurn zwischen 2012 und 2013 moderat über derjenigen in Basel-Landschaft, jedoch genau im Schweizer Durchschnitt. Die Entwicklungen in 2014 verlaufen zwischen Basel-Landschaft und Solothurn mit einem Kostenanstieg von 7%, respektive 8% sehr ähnlich.

6.3.5 Weitere Gemeinsamkeiten

Die Solothurner Bevölkerung liess sich zu einem grossen Teil im Kanton Solothurn behandeln. Der Anteil der Fälle, welcher in innerkantonalen Institutionen erbracht wurde, lag im Jahr 2008 bei 62%.¹⁶ Bei Basel-Landschaft lag der Anteil der Fälle, welche in innerkantonalen Institutionen erbracht wurden, bei 63%.¹⁷ Der Eigenversorgungsgrad unterschied sich somit in 2008 zwischen den Kantonen kaum.

38% aller ausserkantonalen Behandlungen von Solothurner Patienten fanden im Kanton Bern statt. Darauf folgen Basel-Landschaft und Aargau mit jeweils 22%. Die Abwanderung lag in Solothurn über der Zuwanderung, welche lediglich 14% betrug. Bei der Zuwanderung sind die Nachbarkantone ausschlaggebend. Der Anteil der Patienten aus Basel-Landschaft betrug 39%. 32% der Patienten stammten aus dem Kanton Bern. In Basel-Landschaft lassen sich folgende Aussagen zu den Patientenströmen treffen: Der Grossteil der Baselbieter Patienten,

¹⁶ Quelle: Versorgungsbericht des Kantons Solothurn, 2010

¹⁷ Quelle: Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft, 2010

die sich ausserkantonale behandeln lassen, begab sich in basel-städtische Institutionen. In 2008 lag der Anteil bei 80%. Als zweitgrösster Abwanderungskanton folgt Solothurn mit einem Anteil von 10%.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen vermuten, dass aufgrund der Schwächung von Baselbieter Institutionen der Eigenversorgungsgrad des Kantons Basel-Landschaft gesunken ist, während derjenige im Kanton Solothurn durch die Stärkung der Solothurner Spitäler gestiegen ist.

7 Schlussfolgerungen

Rechnungsabgrenzung

Die Analyse der Leistungsdaten auf Institutionsebene hat gezeigt, dass die per Ende 2012 durch die Leistungserbringer gemeldeten Abgrenzungen nicht korrekt bzw. ungenügend waren. Die Einführung von Fallpauschalen im Jahr 2012 hat dazu geführt, dass viele Rechnungen verspätet in 2013 abgerechnet und an die VGD Basel-Landschaft übermittelt wurden. Über alle acht untersuchten Institutionen betrachtet sank mit der korrekten Zuordnung der Fälle nach Ein- und Austrittszeitpunkt das Kostenwachstum massgeblich von 8% auf 3% (vgl. **Abbildung 42**). Bei der Betrachtungsweise nach Abrechnungszeitpunkt zeichnet sich ab, dass in der zweiten Jahreshälfte grundsätzlich höhere Leistungssummen abgerechnet werden als in der Vorperiode. Dies trifft insbesondere bei grösseren Spitälern zu, welche nach Volumen fakturieren. Für eine erfolgreiche Kostenkontrolle muss diesem Umstand zwingend Rechnung getragen werden. Die gesamthafte Kostenentwicklung von 3% liegt gemäss Einschätzung eines Versichertenexperten einer der grossen Schweizer Krankenversicherer im Schweizer Durchschnitt.

Verlagerung in ausserkantonale Einrichtungen

Augenfällig ist, dass sich im Zeitraum zwischen 2012 und 2013 eine Verschiebung der Spitalaufenthalte von Baselbieter Institutionen in ausserkantonale Einrichtungen manifestierte. Während die Summe der kantonalen Finanzierungsanteile bei innerkantonalen Institutionen um 3% zurückgegangen ist, war die Leistungsabrechnung von ausserkantonalen Spitäler aus Basel-Stadt und aus Solothurn zulasten des Kantons Basel-Landschaft geprägt von einem Wachstum von 8%. Werden des Weiteren die beiden universitären Spitäler mit Standort in Basel-Stadt berücksichtigt, beträgt das Wachstum der Leistungsabrechnungen 10%.

Kostentreiber

Wesentlich zum Kostenanstieg beigetragen hat eine Steigerung des **durchschnittlichen Kostengewichts**. Dieser Trend ist in fast allen untersuchten Institutionen feststellbar. Nur für das Merian Iselin Spital und das UKBB lässt sich eine Reduktion des durchschnittlichen Kostengewichts konstatieren. Über alle Institutionen ist das durchschnittliche Kostengewicht zwischen 2012 und 2013 um 1% angestiegen (vgl. **Abbildung 41**). Analysen verdeutlichen, dass das durchschnittliche Kostengewicht nicht bei komplexen Fällen zugenommen hat, sondern sich vielmehr eine Erhöhung über alle Fälle manifestierte. Demgegenüber entwickelten sich die Fallzahlen zwischen 2012 und 2013 mit -1% leicht rückläufig.¹⁸ Wird dem Umstand des Wechsels in der Unfallfinanzierung anfangs 2013 Rechnung getragen, resultiert ein positives Fallwachstum von 3%. Das Bevölkerungswachstum lag im 2013 bei 0.7 %. Der Anteil von Behandlungen an Patienten im Alter von über 60 Jahren ist in den untersuchten Spitälern zwischen 2012 und 2013 von 53% auf 55% angestiegen (vgl. **Abbildung 34**). Hier zeigt sich zudem, dass bereits heute eine Entwicklung erreicht wurde, welche gemäss Versorgungsbericht des Kantons Basel-Landschaft für 2020 prognostiziert war. Eine höhere Hospitalisationsrate von älteren Patienten erhöht neben der Anzahl von Behandlungen auch wesentlich die durchschnittliche Fallschwere. Die Alterung der Bevölkerung und folglich die Behandlung von älteren Patienten hatte einen massgeblichen Einfluss auf die Kostensteigerung zwischen 2012 und 2013. Eine Kostensteigerung von CHF 2.7 Mio. ist alleine auf Patienten ab 80 Jahre zurückzuführen. Eine grosse Bedeutung kommt zudem dem **medizintechnischen Fortschritt** zu, welcher eine Steigerung des durchschnittlichen Kostengewichts auslöst. Die Effekte der **Alterung** und des medizinischen Fortschritts sind allerdings eng miteinander verflochten. Die durchschnittlich abgerechnete Baserate hat hingegen die Kostenentwicklung moderat gedämpft.

Abbildung 41: Entwicklung der Fallzahl, des durchschnittliches Kostengewichts (CMI) und des Anteils von Patienten über 65 Jahren

Institution	2012			2013		
	Fälle	CMI	>65 J.	Fälle	CMI	>65 J.
Bethesda Spital	2'560	0.7105	11%	2'612	0.7251	11%
Hirslanden Klinik Birshof	1'246	1.0201	26%	1'035	1.0330	28%
KSBL	21'894	0.9575	24%	20'164	0.9679	25%
Merian Iselin Spital	2'113	1.1236	37%	2'102	1.0948	35%
Solothurner Spitäler	1'471	0.8337	24%	1'721	0.8797	33%
St. Claraspital	2'475	1.0672	42%	2'842	1.0680	39%
USB	6'980	1.3844	28%	7'821	1.4051	27%
UKBB	2'271	0.8972	100%	2'493	0.8269	100%
Total	41'010	1.0229	75%	40'790	1.0365	73%

¹⁸ Zusatzentgelte sind nicht vollständig berücksichtigt.

Aufgrund der speziellen Rahmenbedingungen im Kanton Basel-Landschaft kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft mit einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen im Rahmen von 3% gerechnet werden kann. Es empfiehlt sich, die jährliche Steigerung aufgrund der oben erwähnten Kriterien, Bevölkerungsentwicklung, Alterung der Gesellschaft und medizintechnischer Fortschritt zu berechnen sowie die Berechnungen regelmässig den effektiv eingetretenen Sachverhalten gegenüberzustellen.

Ausblick

Für eine höhere Planungssicherheit sind verschiedene Massnahmen zu treffen. Zum einen ist es wichtig, mit den Institutionen ständig im Controlling-Dialog zu stehen.

Wie in **Abbildung 29** dargestellt hilft ein Rechnungsruf zwar, das Jahr bis zur Zustellung der definitiven Fakturierung korrekt abzugrenzen. Der Rechnungsruf reicht aber nicht aus, um das Volumen von weiteren erst im darauffolgenden Jahr abgerechneten und von den Leistungserbringern ungemeldeten Fällen mitzuberücksichtigen. Fällen zu prognostizieren. Durch einen Controlling-Dialog können den Spitälern die gemeldeten Daten aus dem Rechnungsruf, die definitiv verrechneten Daten sowie auch die im neuen Jahr verrechneten Daten aus dem alten Jahr gespiegelt werden. Durch den Dialog kann auf beiden Seiten das Verständnis für die Abgrenzungssystematik erhöht und dadurch die Abgrenzungsgenauigkeit gesteigert werden.

Neben den Abgrenzungssachverhalten ist es wichtig, die Patientenströme zu analysieren. Daher wird empfohlen, die von den Spitälern zugestellten Leistungsdaten auf bestimmte Kriterien hin zu evaluieren, wie z.B. die Veränderungen von Fallzahlen oder die Verschiebungen innerhalb von Fachbereichen. Veränderungen können zurückzuführen sein auf personelle Wechsel, auf eine neue strategische Ausrichtung oder auf eine Verlagerung von ambulanten hin zu stationären Behandlungen oder umgekehrt. Erst durch die Kenntnis der Hintergründe für eine Veränderung kann daraus die korrekte Schlussfolgerung betreffend die zu erwartenden Kosten im Jahr getroffen werden. Dies bedingt eine regelmässige Kommunikation im Sinne eines Controlling-Dialoges mit den wichtigsten Leistungserbringern.

Den Controlling-Dialog erleichtern eine elektronische Leistungskontrolle und eine elektronische Fakturierung. Eine elektronische Leistungskontrolle wird der Anforderung gerecht, zeitgemäss anspruchsvolle Leistungsauswertungen durchzuführen und Abweichungen aufzuzei-

gen. Sie erfüllt entsprechend den Zweck eines Controllinginstruments. Der Einsatz einer solchen Kontrolle wurde bereits von der VGD Basel-Landschaft geprüft, die Einführung ist allerdings noch ausstehend.

Abbildung 42: Entwicklung der Kantonsanteile nach Institution

in TCHF	nach Zeitpunkt der Abrechnung			nach Zeitpunkt des Falleintritts und -austritts					
	2012	2013	Wachstum	2012	2013	Wachstum	2012	2013	Wachstum
ALLE									
Bethesda Akut	9'467	11'043		9'703	10'004		9'718	10'060	
Bethesda Reha	913	977		1'206	1'283		1'250	1'325	
Hirsl. Birshof	6'140	5'753		6'259	5'632		6'331	5'690	
Merian Iselin	13'094	12'631		13'070	12'634		13'081	12'655	
KSBL Akut	116'217	112'598		112'588	109'116		116'167	112'689	
KSBL Reha	8'540	9'466		8'123	8'431		8'576	9'276	
Solothurner S.	5'435	8'897		6'670	8'140		6'760	8'262	
St. Claraspital	15'439	17'172		14'807	16'818		15'468	17'156	
UKBB	8'332	11'183		8'782	10'407		9'220	10'894	
USB	50'587	64'269		54'272	59'719		55'237	61'807	
Total	234'163	253'988	8.5%	235'481	242'185	2.8%	241'808	249'814	3.3%
Innerkantonal									
KSBL Akut	116'217	112'598		112'588	109'116		116'167	112'689	
KSBL Reha	8'540	9'466		8'123	8'431		8'576	9'276	
Hirsl. Birshof	6'140	5'753		6'259	5'632		6'331	5'690	
Total	130'896	127'816	-2.4%	126'970	123'180	-3.0%	131'073	127'655	-2.6%
Ausserkantonal									
Bethesda Akut	9'467	11'043		9'703	10'004		9'718	10'060	
Bethesda Reha	913	977		1'206	1'283		1'250	1'325	
Merian Iselin	13'094	12'631		13'070	12'634		13'081	12'655	
Solothurner S.	5'435	8'897		6'670	8'140		6'760	8'262	
St. Claraspital	15'439	17'172		14'807	16'818		15'468	17'156	
Total	44'348	50'720	14.4%	45'457	48'880	7.5%	46'277	49'458	6.9%
Universitäre beider Basel									
UKBB	8'332	11'183		8'782	10'407		9'220	10'894	
USB	50'587	64'269		54'272	59'719		55'237	61'807	
Total	58'919	75'452	28.1%	63'055	70'125	11.2%	64'458	72'701	12.8%

8 Anhang

Im Folgenden wird die für die Analyse verwendete Datengrundlage näher umschrieben. In Kapitel 8.1. wird das Vorgehen bei der Generierung der Datensätze der selektierten acht inner- und ausserkantonalen Institutionen aufgezeigt. In Kapitel 8.2. finden sich Erläuterungen zur Datenqualität, und –konsistenz. Das darauffolgende Kapitel gibt eine Übersicht über die Variablen, welche für die Expertise in Betracht gezogen wurden. Zudem werden in Kapitel 8.4. die Ergebnisse der Analysetätigkeit aufgezeigt, welche das Vorkommen von stationären Behandlungen, welche womöglich auch ambulant durchgeführt werden können, zum Kern hat.

8.1 Generierung der Datensätze

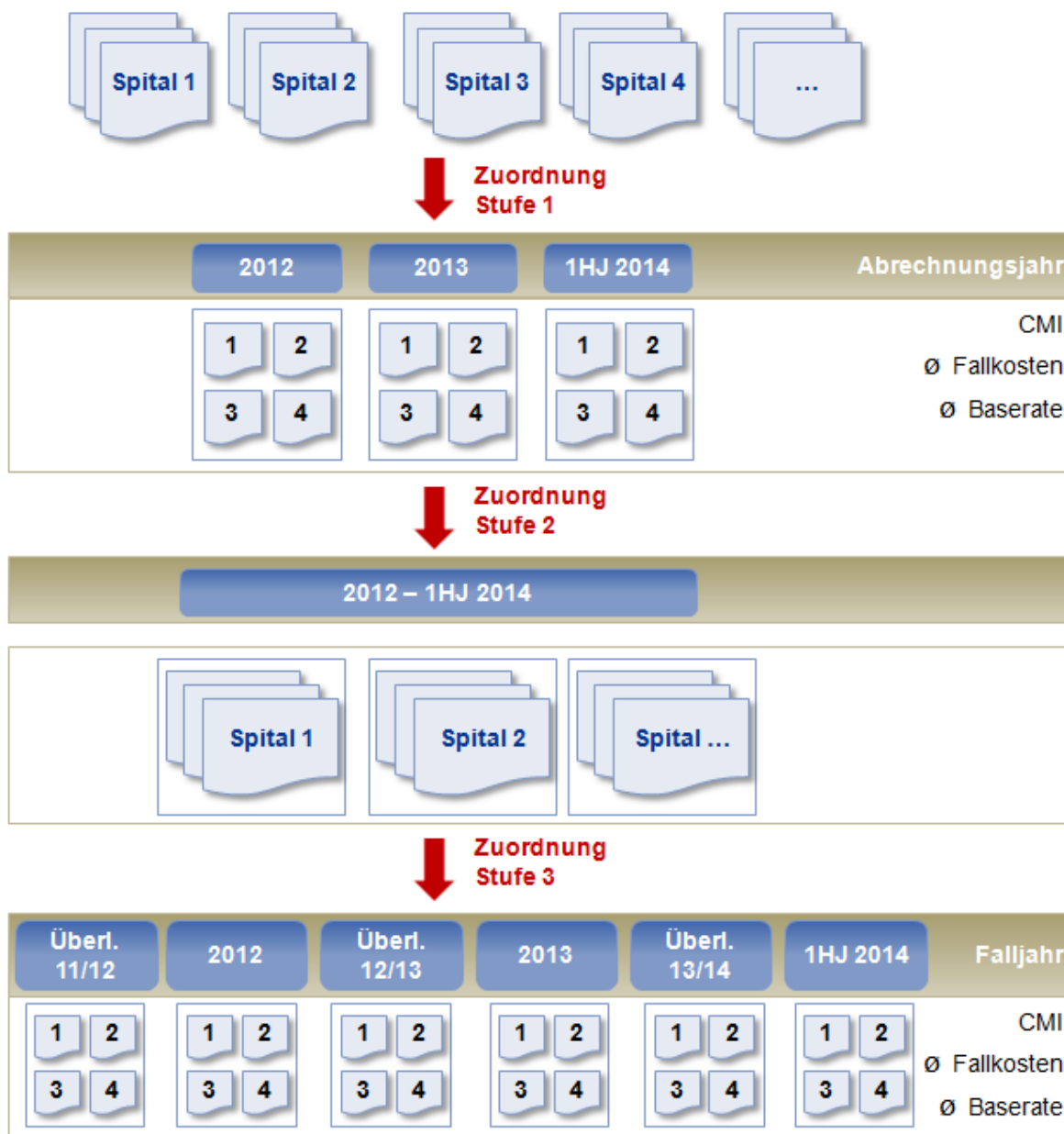
Die Daten wurden für die Analyse wie folgt aufbereitet, beziehungsweise bereinigt (vgl. **Abbildung 43**):

1. **Zuordnung Stufe 1: Zusammenführung und Bereinigung aller Einzelfälle innerhalb desselben Abrechnungsjahres.** Die einzelnen Statistiken auf Monats-, Vierteljahres- oder Halbjahresbasis wurden auf ein einheitliches Format gebracht, zusammengeführt und um Storni bereinigt. Daraus entstanden sind die Datensätze 2012, 2013 und 1. Halbjahr 2014. Die Fallzahl ist durch die Bereinigung von Storni teilweise stark gesunken. Die neu generierten Datensätze umfassen alle in den Jahren 2012, 2013, respektive im ersten Halbjahr 2014 abgerechnete Fälle.
2. **Zuordnung Stufe 2: Zusammenführung der Fälle aus 2012, 2013 und 1. Halbjahr 2014 zu einer Ganzheit.** Die einzelnen Jahres- resp. Halbjahresdatensätze 2012, 2013 und 2014 wurden auf ein einheitliches Format gebracht, zusammengeführt und um Storni bereinigt. Die Fallzahl ist durch die Bereinigung von Storni teilweise wiederum stark gesunken. Dieser Schritt ist wesentlich, da bei diesem Vorgehen Fälle bereinigt wurden, welche nicht in demselben Abrechnungsjahr angefallen und wieder storniert wurden.
3. **Zuordnung Stufe 3: Abgrenzung.** Nach Zusammenführung und Bereinigung der Daten wurden die Einzelfälle nach dem Zeitpunkt des Falleintritts und -austritts abgegrenzt und wie folgt dem jeweiligen Datensatz zugeteilt:

Datensatz	Falleintritt	Fallaustritt
2011/12	2011	2012
2012	2012	2012
2012/13	2012	2013
2013	2013	2013
2013/14	2013	2014
2014	2014	2014

Bei den Fällen, welche den Datensätzen 2011/2012, beziehungsweise 2012/2013 und 2013/2014 zugeteilt wurden, handelt es sich um Überlieger.

Abbildung 43: Vorgehen bei der Generierung der Datensätze



Auswertungen haben sowohl auf Stufe 1 (Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungsjahr) als auch auf Stufe 3 (Zuordnung gemäss Zeitpunkt des Falleintritts und -austritts) stattgefunden. Die Zusammenführung aller Fälle der letzten 2 ½ Jahre zu einer Gesamtübersicht (Stufe 2) erfüllt den Zweck einer höheren Kostenwahrheit und -klarheit. Durch diesen Schritt wurden Fälle bereinigt, welche in einer Periode abgerechnet und in der Folgeperiode wieder storniert wurden.

8.2 Datenqualität und –konsistenz

Die von den einzelnen Institutionen an die VGD Basel-Landschaft zugesandten Datensätze unterscheiden sich in ihrem Format und in ihrem Informationsgehalt. Grundsätzlich verfügen die Datensätze aus dem Jahr 2013 über umfassendere Informationen als die einzelnen Datensätze aus dem Vorjahr. Zwischen den Institutionen nicht konsistent war die Abrechnung von Leistungen, welche nicht durch DRGs abgegolten werden, sondern mittels Zusatzentgelten. Darunter fallen beispielsweise Dialysen. Teilweise wurden diese Zusatzentgelte separat ausgewiesen, so dass ein mehrfaches Vorkommen einer Fallnummer möglich war. Dies trifft beispielsweise auf das USB zu. Andere Institutionen ordneten das Zusatzentgelt direkt dem mit der DRG-Behandlung verbundenem Erlös zu (z.B. das Kantonsspital Baselland). Dadurch ging die Information verloren, welches Zusatzentgelt zusätzlich angefallen war. Zudem wirkt sich die unterschiedliche Handhabung in der Ausweisung von Zusatzentgelten auf die Höhe der Behandlungen aus. Institutionen, welche den DRG als auch das Zusatzentgelt zusammen in einer Zeile abbilden, haben eine vergleichsweise geringere Fallzahl als Spitäler, welche pro Leistung (sei es DRG oder Zusatzentgelt) eine Zeile nutzen. In der Gegenüberstellung der Fallzahlen zwischen den einzelnen Institutionen wurde deshalb nur die Leistung betrachtet, welche mittels eines DRG abgegolten wurde. Auf Stufe der einzelnen Institution wurden alle Behandlungen berücksichtigt.

Die Datensätze wurden anhand der Fallnummer auf Duplikate überprüft. Fälle, für welche im Nachhinein wieder eine Stornierung stattgefunden hat, wurden entfernt, sofern die Summe aus Verrechnung(en) und Stornierung(en) Null ergab. Gewisse Institutionen wiesen eine sehr hohe Zahl von Storni auf. Auch wurden sehr viele Mehrfach-Duplikate gefunden.¹⁹

Eine Evaluation der Datenqualität hat nicht stattgefunden. Es wurden keine Plausibilitätsprüfungen der verrechneten Fälle vorgenommen.

8.3 Selektion der Variablen

Im Folgenden sind die für die Analyse verwendeten Variablen aufgeführt. Abhängig vom Spital mussten gewisse Variablen mit Hilfe von externen Quellen oder abgeleitet aus anderen Variablen generiert werden. Beispielsweise war das Brutto-Kostengewicht, die Verweildauer oder die Kostenteilung nicht in jedem Datensatz gegeben.

¹⁹ Ein Mehrfach-Duplikat ergibt sich unter anderem aus der mehrmaligen Verbuchung und Stornierung eines Falles. Mehrfach-Duplikate entstehen auch dann, wenn Zusatzleistungen separat ausgewiesen werden. So können beispielsweise für einen Fall mehrere Dialysen abgerechnet werden.

- 1) **Fallnummer:** Diese Grösse dient zur Identifikation des Falles. Anhand der Fallnummer wurde die Fallzahl berechnet und der Datensatz auf Duplikate überprüft. Sind Zusatzleistungen (z.B. Dialysen) nicht direkt im DRG-Erlös abgebildet, finden sich mehrere Fälle mit der gleichen Nummer.
- 2) **Falleintritt:** Gibt das Datum des Falleintritts wieder. Diese Grösse ist relevant für die Abgrenzung des Falles. Jeder Fall wird unabhängig vom Abrechnungsdatum der Periode zugeordnet, in welcher der Falleintritt stattgefunden hat.
- 3) **Fallaustritt:** Gibt das Datum des Fallaustritts wieder. Diese Grösse ist relevant für die Abgrenzung des Falles. Jeder Fall wird unabhängig vom Abrechnungsdatum der Periode zugeordnet, in welcher der Fallaustritt stattgefunden hat.
- 4) **Kostenteiler:** Zeigt die Kostenaufteilung zwischen dem Garanten und des Kantons auf. Abhängig von der Anwendung des Versicherungsgesetzes (KVG, UVG, IVG, MVG) als auch zwischen den Jahren bestehen unterschiedliche Rahmenbedingungen der Kostenaufteilung. Der Kantonsbeitrag unter KVG liegt in 2012, 2013 und 2014 bei 55%. Für IV-Fälle leistete der Kanton in 2012 einen Beitrag von 10%. In 2013 stieg er auf 20%. Für Fälle unter MVG sank der Kantonsbeitrag von 10% in 2012 auf 0% in 2013. Dasselbe trifft für Fälle unter UVG zu, sofern die Patienten über den Arbeitgeber versichert sind. Für Patienten ohne Arbeitsverhältnis galt sowohl in 2012 als auch in 2013 ein Kantonsbeitrag von 55%. Die Kostenteilung hat einen direkten Einfluss auf die vom Kanton übernommenen Behandlungskosten.
- 5) **Geburtsdatum:** Mit Hilfe des Geburtsdatums des Patienten lässt sich das Alter bei Falleintritt ableiten. Die Demografie nimmt einen gewichtigen Einfluss auf den Leistungsbedarf. Mit einer Zunahme von älteren Einwohnern in Basel-Landschaft wird Zuwachs von älteren Patienten erwartet. Das Alter gibt Auskunft über den Patienten, welcher hospitalisiert war.
- 6) **DRG (Diagnosis Related Group):** Der DRG gibt Auskunft über den Hintergrund des Spitalaufenthalts. Der DRG gibt an, welche medizinischen Leistungen den abgerechneten Kosten gegenüberstehen.
- 7) **Kostengewicht netto:** Das Kostengewicht netto gibt Auskunft über die Fallschwere des Behandlungsfalles. Das Kostengewicht netto gibt zusammen mit dem Kostenteiler und der Baserate den Kantonsanteil der Behandlungskosten wieder.
- 8) **Kostengewicht brutto:** Mit Hilfe eines Abgleichs des Kostengewichts brutto und netto lassen sich Kurz-, Normal- und Langlieger identifizieren. Der Status Kurz- resp. Langlieger wirkt sich direkt auf das effektive Kostengewicht und folglich auf die Höhe des Kantonsanteils aus. Falls die Variable nicht im Datensatz gegeben war, wurde sie abhängig vom Austrittsjahr aus den DRG-Katalogen 1.0, 2.0 und 3.0 überführt.

- 9) **MDC (Major Diagnostic Category):** Der MDC aggregiert DRGs nach Organsystem und Ursache der Erkrankung. Er wird direkt aus dem DRG abgeleitet. Aufgrund der Aggregation ist die Fallzahl pro MDC höher als pro DRG. Dadurch erhöht sich auf dieser Stufe die Aussagekraft von Auswertungen.
- 10) **Baserate:** Diese Kennzahl gibt die abgerechnete Baserate wieder. Die Baserate gibt zusammen mit dem Kostengewicht netto und dem Kostenteiler den Kantonsanteil der Behandlungskosten wieder. Teilweise fand eine DRG-Rückabwicklung für die Jahre 2012 und 2013 statt. Die im Datensatz abgebildete verrechnete Baserate liegt so teilweise über der Baserate, welche später genehmigt wurde.
- 11) **Kantonsanteil:** Gibt die Behandlungskosten wieder, welche zulasten des Kantons anfallen. Darin abgebildet sind die Kosten aufgrund der Baserate, des Kostengewichts und der Kostenteilung. Abhängig von der Institution sind des Weiteren Zusatzentgelte im Kantonsanteil abgebildet.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswahl der Institutionen für die Analyse	8
Abbildung 2: Finanzierungsanteil des Kantons am KSBL für die Akutsomatik.....	10
Abbildung 3: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - KSBL Akutsomatik.....	11
Abbildung 4: Verteilung der Kostengewichte – KSBL	12
Abbildung 5: Finanzierungsanteil des Kantons am KSBL für die Rehabilitation.....	13
Abbildung 6: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - KSBL Rehabilitation.....	13
Abbildung 7: Finanzierungsanteil des Kantons an der Hirslanden Klinik Birshof	14
Abbildung 8: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern – Hirslanden Klinik Birshof	15
Abbildung 9: Finanzierungsanteil des Kantons an den Solothurner Spitäler	16
Abbildung 10: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Solothurner Spitäler.....	17
Abbildung 11: Verteilung der Kostengewichte - Solothurner Spitäler	17
Abbildung 12: Finanzierungsanteil des Kantons am Merian Iselin Spital	18
Abbildung 13: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Merian Iselin Spital	18
Abbildung 14: Finanzierungsanteil des Kantons am Bethesda Spital (Akutsomatik und Rehabilitation)	19
Abbildung 15: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Bethesda Spital für die Akutsomatik.....	20
Abbildung 16: Verteilung der Kostengewichte - Bethesda Spital.....	20
Abbildung 17: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern - Bethesda Spital für die Rehabilitation	21
Abbildung 18: Finanzierungsanteil des Kantons am St. Claraspital	22
Abbildung 19: Kostenentwicklung nach Abgrenzung ohne Berücksichtigung von Überliegern – St. Claraspital.....	23
Abbildung 20: Finanzierungsanteil des Kantons am USB	24
Abbildung 21: Kostenentwicklung nach Abrechnung ohne Berücksichtigung von Überliegern - USB	24

Abbildung 22: Verteilung des Kostengewichts - USB	25
Abbildung 23: Finanzierungsanteil des Kantons am UKBB	26
Abbildung 24: Kostenentwicklung nach Abgrenzung - UKBB	26
Abbildung 25: Veränderung des Anteils von Behandlungen unter IVG	27
Abbildung 26: Kosten der teuersten 50 Fälle in CHF	28
Abbildung 27: Kostenwachstum 2012/2013 mit und ohne Einbezug von Überliegern	29
Abbildung 28: Verteilung der Leistungsabrechnung auf Halbjahresbasis.....	31
Abbildung 29: Abrechnungssumme von Vorjahresfällen in 2013 und im 1. Halbjahr 2014	33
Abbildung 30: Kostengewichtvergleich von Fällen mit unterschiedlichem Abrechnungs- und Entstehungszeitpunkt	34
Abbildung 31: Veränderungen der Fallzahlen aus Basel-Landschaft und Kantonsanteile zwischen 2012 und 2013.....	35
Abbildung 32: Bevölkerungsentwicklung zwischen 2012 und 2013 nach Altersgruppen	37
Abbildung 33: Prognostiziertes Bevölkerungswachstum nach Altersgruppen 2013-2020	38
Abbildung 34: Anteil der Behandlungen an Patienten im Alter von 60+	39
Abbildung 35: Casemix nach Altersgruppen in den untersuchten Spitälern ohne UKBB	39
Abbildung 36: CMI und Anzahl Austritte nach Kanton	41
Abbildung 37: Bevölkerung nach Altersgruppen	41
Abbildung 38: Bruttoleistungen im stationären Bereich, Quelle: SASIS AG	42
Abbildung 39: Bruttoleistungen im ambulanten Bereich, Quelle: SASIS AG	43
Abbildung 40: Bruttoleistungen pro Kopf (stationär und ambulant)	44
Abbildung 41: Entwicklung der Fallzahl, des durchschnittliches Kostengewichts (CMI) und des Anteils von Patienten über 65 Jahren	46
Abbildung 42: Entwicklung der Kantonsanteile nach Institution.....	49
Abbildung 43: Vorgehen bei der Generierung der Datensätze	51